Docteur Philippe PARROT

1952-1953 n° 269

VERS UNE PSYCHOTHÉRAPIE DE LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. FAUX
14, Rue Maucoudinat

1953

Docteur Philippe PARROT

VERS UNE PSYCHOTHÉRAPIE DE LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. FAUX
14, Rue Maucoudinat

1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPERIE, CHELLE.

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSE
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anat. pathol. et micros. clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clin. de la tubercul.	PIECHAUD
Médecine légale et méd. du trav.	DERVILLEE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Pathol. générale et expériment.	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clin. chir. infantile et orthopéd.	POUYANNE
Clin. des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médic. et pharmaceut.	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Cl. des mal. des voies urinaires	DARGET
Cl. des mal. nerveuses et ment.	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique), M. MAHON (Obstétrique).

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LEVY, LAVIGNOLLE, MORETTI, N...
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ, VILLAR, TINGAUD, DEPAULIS
Obstétrique	CHASTRUSSE, FAUGERE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et méd. du trav.	L'EPEE
Electro-radiologie	LACHAPELE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER, PERY
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	CABANIE
Chimie minérale	R. GOLSE
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE
Chimie biologique	NEUZIL
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Hygiène appliquée	QUILICHINI
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEUVEN

A Monsieur le Professeur Pierre BROUSTET et Madame

Je dédie ce travail en témoignage de ma très profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MES FILLES : Anne-Marie et Agnès

A MON PERE ET A MA MERE

A MA SŒUR

A MES BEAUX-FRERES ET NEVEUX

A MA BELLE-MERE

A MA FAMILLE

A la mémoire :

Du Commandant L. C.

Du Capitaine M. P.

Des Lieutenants Y. R., L. de L., M. C.
et de J. P. et F. G.

A mes frères routier du Clan Albert-le-Grand
et en particulier au Docteur Paul MATIGNON
(Père Romain)

A ma Chorale « Les Cigaliers d'Aquitaine »

A mes garçons R.S.

A Monsieur l'Abbé de TRAVERSAY

A MES CAMARADES
DU SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE

Au Docteur Louis ARNE

Médecin-Assistant des Hôpitaux.

En souvenir de l'accueil si compréhensif qu'il m'a réservé dès mon arrivée dans le Service de neuro-psychiatrie.

A Monsieur le Professeur SIGALAS

Professeur de Zoologie et Parasitologie;
Directeur honoraire de la Station Biologique d'Arcachon;
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Croix de Guerre;
Officier de l'Instruction Publique.

Qui, tout au long de mes études, m'a manifesté sa bienveillance.

A Monsieur le Professeur VERGER

Médecin des Hôpitaux;
Officier d'Académie.

Qui a guidé avec sympathie mes premier pas en paedo-psychiatrie.

A Monsieur le Professeur BERGOUIGNAN

Médecin des Hôpitaux;
Croix de Guerre;
Officier de l'Instruction Publique.

En travaillant à vos côtés cette thèse, j'ai admiré et aimé en votre personne le psychiatre et l'homme.

A Monsieur le Professeur BROUSTET

Professeur de Clinique médicale;
Médecin des Hôpitaux;
Officier de l'Instruction Publique.

Qui fut toujours pour moi un confident et un aide. Grâce à votre bonté, je réalise mon idéal : être médecin.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales;
Médecin des Hôpitaux;
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Croix de Guerre;
Officier de l'Instruction Publique.

A mon maître, pour le très grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

VERS UNE PSYCHOTHERAPIE DE LA NEVROSE OBSESSIONNELLE

INTRODUCTION

> Il faut que vous sachiez cela, vous, les chrétiens, que Dieu doit être l'archi-médecin... Mais il faut que vous criiez à Dieu. Il vous enverra bien quelqu'un qui vous guérisse, que ce soit un saint, ou un médecin, ou lui-même.
>
> PARACELSE.
>
> *Volumen Paramirum*

Débuter en psychiatrie par une thèse traitant de cette spécialité nous paraît être une gageure et notre peur est grande de ne pas réussir. Mais le sujet qui nous fut proposé par M. le Professeur BERGOUIGNAN nous a permis de découvrir un aspect mal connu de la psychopathologie. Il aura eu le mérite, malgré les faiblesses de ce travail, de nous faire saisir la complexité et la profondeur avec lesquels doit compter le psychothérapeute.

Depuis de nombreuses années la névrose obsessionnelle n'a plus beaucoup tenté la littérature psychologique. Une preuve en est la place prise par cette question au dernier Congrès mondial de psychiatrie où seul un petit colloque lui fut consacré.

Les psychanalystes eux-mêmes montrent une grande réserve dans l'étude et la compréhension de la mentalité obsessionnelle.

Dans cette thèse, nous voudrions, après un bref aperçu historique, montrer que cette névrose n'a pas un caractère d'incurabilité absolue et qu'à notre avis on peut, par une psychothérapie adaptée, soulager et améliorer considérablement l'obsédé.

L'étude des traitements et des conceptions pathogénique de la N.O. est fort difficile. Les psychiatres ont tous plus ou moins étudié cette question, l'on décrite souvent avec verve et talent, et en tirèrent des conclusions d'ordre général sans pour autant proposer une thérapeutique adéquate. D'une façon arbitraire, on peut dire que trois types de théories furent émises par les psychiatres classiques : théorie aboulique, affective et intellectuelle.

Théorie aboulique.

Soutenue par Arnaud, cette doctrine consiste à affirmer que l'obsession est une maladie de la volonté. Cette aboulie s'avère incapable d'écarter l'invasion parasitaire. Mais comme le dit Hartenberg, « la débilité volontaire ne pourrait jamais que nous expliquer la persévérance d'une obsession mais non sa naissance ». Dalbiez fait justement remarquer qu'Arnaud se heurte au grand principe formulé par Jackson : « Un fait positif ne peut avoir une cause négative. » L'aboulie ne peut que libérer des tendances positives qui, elles, déterminent l'obsession.

Tanzi fut, lui aussi, un adepte de cette baisse de l'énergie volontaire et considéra la N.O. comme une « diathèse d'incoercibilité ». Nous ne jugeons pas utile de développer la pensée de ces deux auteurs, peu suivis par la majorité des psychiatres. Nettement plus intéressante nous apparaît être la :

Théorie affective.

En 1856, Morel décrit la N.O. sous le nom de délire émotif et la rattache à une atteinte ganglionnaire. Plus tard, Berge, Fère, Schule, Séglas, Gilbert-Ballet, Pitres et Régis, Devaux et Logre, Baruk, Raymond Mallet et Hartenberg admettent à quelques variantes près qu'une anxiété diffuse est nécessaire à l'éclosion des obsessions.

Pour eux, et en particulier pour Hartenberg, psychiâtre le plus représentatif de cette théorie, la pensée obsédante ne peut exister sans angoisse qui a deux origines : l'une psychique, l'autre organique; mais il n'accorde pas une valeur égale à ces deux sources et réduit à peu près à zéro l'influence des facteurs psychiques acquis. Le facteur très important de l'angoisse serait constitutionnel et, l'on conçoit le pessimisme thérapeutique auquel une théorie semblable mène. « Il attache fort peu d'importance à l'inconscient. Il ne le nie pas expressément, mais il ne s'y intéresse pas et n'en fait pas usage dans ses explications. Ainsi par exemple Hartenberg signale que chez les obsédés l'idée primitive peut être remplacée par une série d'autres idées grâce à un mécanisme associatif... Il ne fait mention que des déplacements conscients. Du psychisme de l'obsédé il ne veut en connaître que ce que le malade en connaît lui-même. » (Dalbiez).

Théorie intellectuelle.

Théorie la plus ancienne.

Nous trouvons déjà chez Esquirol des observations intéressant des obsessions. Elles entrent dans le cadre des « monomanies raisonnantes ». Dans sa pensée, elles se présentent comme un fait intellectuel qui s'impose. Arnt ne verra que les éléments un peu spéciaux de cette névrose et l'appellera « paranoïa rudimentaire ».

Mettant en relief la critique exacerbée que les malades présentent du caractère morbide de leur trouble, Trélat la dénommera « folie lucide ». Baillarger aura une conception analogue et en fera une « monomanie avec conscience ».

Tamburini et Morselli seront aussi simples que le grand public et appelleront les obsessions « idées fixes ».

Westphall, suivi par Kraft-Ebing exposa avec brio

cette théorie tombée dans l'oubli depuis plusieurs lustres, intéressante cependant, en particulier par sa parenté avec la doctrine psychanalytique que nous aborderons plus loin. A la base une différence essentielle : les intellectualistes ignorent l'inconscient, la psychanalyse repose et vit sur une conception de l'inconscient. WESTPHALL fut obligé d'admettre que l'état affectif du malade est en rapport avec la représentation à laquelle il est rattaché par la conscience.

Or, la « différence flagrante entre la représentation et l'affect est précisément un des caractères fondamental de l'obsession... En réalité, la théorie intellectuelle se fondait sur une idée très juste, mais dont elle faisait une application défectueuse. Les intellectualistes avaient raison de croire que tout état affectif dérive d'un état cognitif; ils avaient tort de penser que cet état cognitif est nécessairement conscient. » (DALBIEZ). Rappelons que FREUD lui-même, dans une formule intellectualiste pure affirme que : « L'état émotif, comme tel, est toujours justifié ». Mais c'était introduire une formule neuve : la représentation à laquelle se relie réellement l'état affectif est une représentation devenue inconsciente ou séparée de l'affect par un système de barrage.

Nous ne voulons pas développer ces trois théories, elles sont hors de propos dans le cadre étroit de notre thèse. Nous voudrions nous intéresser un peu plus longuement sur les deux conceptions vraiment originales de FREUD et de P. JANET.

Apport de Janet.

Dans un numéro de l'*Evolution psychiatrique* (1950) consacré à P. JANET, nous trouvons un excellent article de HESNARD, où il expose avec un esprit très équitable la place prise dans la psychiatrie contemporaine par cet observateur de génie.

Nous lisons, parlant de la N.O. : « Or, c'est à P. Janet que devait revenir le mérite de montrer que tous ces syndromes divers — névrose d'angoisse avec ses épisodes variés, dont quelques-uns à prédominance somatique; phobies plus ou moins spécialisées, idées obsédantes avec les sentiments de doute, de scrupules qui les accompagnent, manies mentales, cérémoniaux obsédants, certains traits de caractère, aussi, annonçant aux périodes climatiques de la vie des poussées anxieuses, etc... — n'étaient que des symptômes différents, de premier plan, d'un état morbide particulier de même nature foncière et qui pouvait s'étendre à tous les modes de penser et d'agir... Etat qu'il appela psychasthénie, en le différenciant catégoriquement des états dits hystériques. » Janet constate que dans cette névrose les altérations des fonctions sont superficielles et sporadiques.

Le psychasthénique a un moins bon rendement social que l'homme normal, agité sans être efficace, il se perdra en arrêt, crainte et inquiétude de ne pas terminer un acte. Ce sera les « sentiments d'incomplétude ». Janet trouva un caractère commun à tous ces malades, une perte de la fonction du réel, « la psychasthénie lui apparut alors comme un trouble dans l'appréhension du réel et du présent par la perception et par l'action » (Hesnard).

Tout ceci nous apparaît comme le résumé des symptômes sans plus. Ensuite il émit les hypothèses complémentaires de la « hiérarchie des fonctions psychologiques » et de « l'oscillation de l'esprit ». Selon Janet, l'esprit fonctionne comme si les fonctions supérieures — assurant les relations sociales — permettaient d'adhérer à la réalité, de la modifier, de l'intégrer, avaient sous leur domination les fonctions inférieures plus faciles, moins exactement adaptées aux faits nouveaux et « n'exigeant pas la coordination totale des tendances de l'individu

(comme les perceptions et actions désintéressées, les rêveries, les agitations motrices inutiles, les réactions viscérales des émotions) » (Hesnard). Les fonctions supérieures doivent garder leur parfaite intégrité, si leur puissance diminue il y a perte de la fonction du réel.

« La psychasthénie est alors une forme de dépression mentale caractérisée par l'abaissement de la tension psychologique, par la diminution des fonctions qui permettent d'agir sur la réalité et de percevoir le réel, par la substitution d'opérations de dérivation inférieures et exagérées, sous la forme de doutes, d'agitations, d'angoisse et parfois d'idées obsédantes (qui expriment les troubles précédents tout en présentant elles-mêmes les mêmes caractères). » (Hesnard). La psychasthénie sera une maladie de fonctions par une altération de leurs parties supérieures bloquées dans leur évolution et mal adaptées aux exigences de la réalité.

Son étude abonde en observations judicieuses. Bien avant les psychiatres allemands, Janet souligne déjà le cloisonnement psychologique : « ...nous montre que ce genre d'idées fixes est en grande partie indépendant de l'ensemble de la pensée. C'est un système qui se développe à part, comme un parasite, disait si fortement Charcot, qui tend à produire des états de conscience seconds séparés par l'amnésie de la conscience personnelle. C'est même probablement à cause de ces séparations, de cet isolement plus ou moins complet que ces idées prennent un si grand développement. » (*Névroses et idées fixes*, tome II. Librairie Félix Alcan, p. 132.)

Mais cette conception première de l'esprit ne le satisfaisait pas pleinement. Ce morcellement de l'activité psychique, ces distinctions trop nettes peut-être exagérées par son désir d'être avant tout un enseigneur, l'amenèrent à concevoir dans un vaste effort de synthèse une notion nouvelle « le comportement » qui, comme le

signale Hesnard, « se dégage du dualisme métaphysique Ame et Corps et offre cet avantage de pouvoir analyser tous les aspects possibles de la vie psychique en respectant l'unité et la totalité de l'individu, puisque une conduite, segment de comportement, engage l'individu, sa singularité vivante, dans sa totalité; et cela quel que soit son objet et son but. Il put ainsi préciser le rôle de l'action et écrivit un jour : « La psychologie n'est pas autre chose que la science des actions humaines. La pensée n'est qu'un détail et une forme de ces actions. » (Janet. *L'évolution de la Mémoire,* I, p. 23.) Il put analyser à ce stade les symptômes psychasthéniques devenus des « conduites morbides ».

Mais Janet se heurta à quelques difficultés; en effet, ces symptômes étaient davantage des sentiments (en particulier d'incomplétude) du moi profond de l'individu, que des conduites morbides.

Il détourna cette difficulté et analysa ces sentiments en montrant qu'ils étaient des actions d'un type particulier « des régulations de l'action ».

En d'autres termes, ces sentiments sont des réactions à des situations données. « Ce sont des actions secondaires dont la stimulation est moins dans les circonstances extérieures que dans l'exécution des actes primaires. C'est pourquoi beaucoup des sentiments psychasthéniques (sentiment du vide, sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, etc...) se suspendent à la fois dans la distraction et dans l'attention extrême. » L'anxiété du psychasthénique sera un état d'agitation, d'excitation à l'action trop important, mal adapté, et sera caractérisé par « l'acte de la précaution » pour éviter un malheur. Ainsi, chez l'homme normal, « le sentiment de fatigue » sert de freinage, de limitation pour l'action; chez le névrosé, il y aura une exagération de ce sentiment, le sujet ne pouvant accomplir plusieurs actes avec suffisante simultanéité.

A ce genre de rétrécissement de l'esprit se rattache la diminution du sentiment qui nous fait parler de « sentiment de vide » : il résulte de la suppression des intérêts et des régulations. De même le « sentiment d'irréalité », qui dépend de la perte de toutes les régulations de l'action qui nous placent devant les choses et les êtres présents dans l'attitude de l'éveil de l'Intérêt et de l'Action. Lorsque les mille actes secondaires et surtout l'usage libre et familier des objets qui entourent le sujet auront disparu de sa conduite à leur égard, les objets auront perdu pour lui « l'appartenance ». Les malades tombent d'ailleurs dans ces états le plus souvent après des périodes d'actes fatigants et de grandes émotions qui les épuisent. Il s'agit toujours d'une accumulation de petits échecs aux réactions de l'effort, favorisée par une faiblesse congénitale de l'esprit... Quant à la péjoration de soi-même, psychasthénique, elle n'est autre que la péjoration des actes que le sujet exécute ou qu'il a à exécuter; il a peur que son acte devienne mauvais, criminel, sacrilège, et il s'arrange plus ou moins de manière à l'empêcher. C'est toujours une peur de l'action (comme l'anxiété elle-même, qui n'est pas une peur « sans objet » mais au contraire d'un objet précis : la propre action du sujet).

Au fond, ces conduites morbides sont des « réactions d'échecs » par impuissance de terminaison des actions. Il y a aussi difficulté de la conduite que caractérise « l'acte du changement ».

La réaction de l'échec a des conséquences psychologiques importantes. Elle donne naissance à des sentiments déprimants et joue un rôle essentiel dans l'angoisse. L'obsession pensée prévalante qui s'impose à l'attention détermine un travail mental interminable et pénible, quoique inutile et absurde aux yeux mêmes du malade. Ces discussions, interrogations, ruminations, impliquent une grande activité mêlée également de tristesse... La psychas-

thénie est une des maladies qui vérifient sa conception dernière qu'on peut appeler : « béhaviouriste », « dynamiste » de l'esprit. (Nous avons fait de larges emprunts à Hesnard pour la rédaction de la conception de P. Janet.)

Janet ne se contenta pas de faire œuvre d'observateur talentueux, il édifia dans un traité important (1.100 pages), des bases psychothérapiques (« Médications psychologiques », 1919). Dans cet ouvrage, il indique sa méthode, qui sera d'ailleurs étudiée et développée plus tard par son disciple, le docteur Schwartz, de Bâle.

Devant un névropathe, il faut, suivant ces auteurs, faire le bilan psychologique par un interrogatoire bienveillant qui permettra de connaître, d'une part, le passé de son malade, ses contacts sociaux, ses traumatismes affectifs, et d'autre part, de juger le syndrome asthénique et hypotonique.

Le syndrome asthénique est fait tout à la fois d'une grande fatigabilité à l'effort et d'une peur de l'action, du nouveau, de la société. Le syndrome hypotonique pourrait se définir par une baisse de la tension psychologique et par une impossibilité d'achever un travail (sentiment d'incomplétude).

Le psychiatre s'attaquera à ces deux syndromes et adaptera à chacun d'eux un traitement différent.

a) **Pour le déficit asthénique :**

Il faudra, dans un *premier temps, augmenter les revenus :* bien que l'inventaire des forces psychologiques soit difficile à faire, bien que les sources soient difficiles à connaître, on mettra l'organisme dans les meilleures conditions possibles, sachant que le corps est un instrument indispensable pour la bonne marche de l'esprit. Il ne faudra pas négliger d'alimenter le malade, de le faire dormir, de lui appliquer les méthodes hydrothérapiques.

Dans un *deuxième temps, on diminuera les dépenses* pour réaliser, selon l'expression de JANET, « des économies psychologiques », c'est-à-dire éviter les causes de fatigue, d'exaspération.

Et dans un *troisième temps, on liquidera les dettes,* comme le dit ELLENBERGER dans un article consacré à P. JANET, « tout événement, tout conflit, toute maladie, toute phase de l'existence doivent être liquidés en leur temps, faute de quoi ils peuvent laisser subsister des reliquats pathogènes entretenant une déperdition de force psychologique.

Le malade doit passer sa vie en revue en collaboration avec le psychiatre et discuter avec lui l'interprétation de certains faits ou l'opportunité de procéder à certains actes de renonciation et de liquidation. »

b) **Traitement du syndrome hypotonique :**

Par une collaboration très étroite avec son malade, le médecin va le « stimuler » : pour augmenter sa tension psychologique par des moyens pharmacodynamiques (café, alcool...) et par des moyens psychiques. Mais JANET reconnaît créer ainsi un déplacement de l'énergie et préférera un procédé supérieur qu'il appellera « entraînement ».

Il faudra aider le malade à finir un acte — tout acte achevé détermine une augmentation de la tension psychologique — mais pour ne pas décourager le malade par une série d'échecs on s'appliquera à juger ses possibilités, le niveau qu'il est capable d'atteindre.

Cette trop rapide étude de l'œuvre importante de JANET montre qu'il ne resta pas insensible à la profondeur du problème de la N.O. et qu'il eut une conception absolument originale de cette maladie. Les critiques furent nombreuses, quelques-unes imméritées... On s'étonne toutefois que ce vaste esprit ait méconnu le sens, le symbo-

lisme de la névrose, qu'il ait ignoré toute la sensualité infantile et toute la vie affective de l'enfance.

Nous étudierons dans le paragraphe suivant l'apport de Freud et de son école sur la genèse de la N.O. et sa thérapeutique.

APPORT DE FREUD ET DE LA PSYCHANALYSE

En 1895, dans un article de la *Revue Neurologique* intitulé : « Obsessions et phobies, leur mécanisme psychique et leur étiologie », Freud émit une théorie exclusivement psychogène de l'obsédé. Il fit dans cet ouvrage une distinction absolue entre phobies et obsessions ; les premières étant rattachées à une névrose d'angoisse somatico-sexuelles. Les psychiatres lui prêtèrent par la suite une théorie de l'obsession très proche de celle de Pitres et Régis. Ce qui est vrai pour les phobies, mais très exactement le contraire de sa pensée en ce qui concerne les obsessions. Laissons le problème des phobies; nous trouvons chez le père de la psychanalyse une idée nouvelle formulée d'excellente manière dans le rapport de Borel et Cénac (1935) sur « les obsessions qui, malgré leur apparence souvent absurde, ont une valeur réelle, c'est-à-dire une signification parfaitement définie. Elles ne se produisent donc pas au hasard, mais au contraire répondent à une nécessité dont elles ne sont qu'une expression. Seulement cette nécessité qui les détermine — quoique essentiellement psychologique — ne s'explique pas par un jeu de motifs intellectuels, mais s'appuie sur un état très spécial de l'affectivité, qui, en dernière analyse, apparaît comme la conséquence d'un traumatisme affectif ancien, non liquidé. Le refoulement, chez le futur obsédé, a été incomplet, limité à son élément représentatif, l'affectivité demeure, muée bientôt en angoisse flottante. L'obsession est un succédané de la représentation refoulée, elle s'em-

pare de l'affectivité laissée libre et l'angoisse cesse, l'obsession apparaît en quelque sorte comme une formation de compromis entre les représentations refoulantes et refoulées.

« Il s'agit évidemment là de représentations chargées d'affectivité, c'est à ce double jeu que l'on peut appliquer le terme de pensée confusionnelle. »

Freud, « convaincu par l'expérience que les manifestations morbides de la névrose sont le résultat du maintien violent dans l'inconscient de désirs, de tendances et de souvenirs, se forge un instrument permettant de les déceler, de les faire réapparaître à la conscience, qui n'arrive pas à les évoquer volontairement » (de Montcheuil). Cet instrument nouveau à base d'associations d'idées spontanées, d'interprétation des rêves et des actes manqués va le faire progresser dans l'étude des névroses et en particulier dans l'obsession.

L'étude de l'hystérie a été le point de départ de la doctrine psychanalytique, mais c'est au sujet de la N.O. que Freud a eu la conception la plus précise et la moins changeante. Faisant un parallèle avec les symptômes de l'hystérie, il admet que cette névrose pouvait être expliquée par des lois psychiques analogues à celles de l'hystérie. Il dégage une loi psychogénique qui préside à leur naissance. « L'idée causale, la plupart du temps multiple, correspondait à des impressions pénibles de la vie érotique, infantile, que le sujet s'est efforcé de refouler. Cette sorte de défense de la personnalité dont le malade ne se rend pas compte a seulement abouti à remplacer l'idée inconciliable par une autre idée mal appropriée à l'état émotif, qui, lui, est resté le même : d'où le caractère absurde, souvent extrême, mais par là même symbolique de l'obsession. » (Régis et Hesnard : *La psycho-analyse des Névroses et des Psychoses*. Félix Alcan, 1929.)

Freud avait cru trouver à l'origine des obsessions un point de départ émotif, un traumatisme qu'il pensait être une aventure sexuelle de la petite enfance ayant créé une « mauvaise conscience et en même temps une part importante de plaisir, c'est-à-dire formant une sorte de remords inconscient. » Mais plus tard, il comprit que l'on trouvait surtout à la base de toute névrose obsessionnelle un sentiment d'infériorité, une mésestime de soi-même et une peur de mal agir.

L'obsession serait donc, suivant l'expression de Régis, « une idée illogiquement substituée à un remords ou à un reproche logique ». C'est donc par un mécanisme psychologique particulier appelé « substitution » que les sensations pénibles de l'enfant vont se transformer en représentations psychologiques nouvelles. L'obsédé ne pourra plus trouver le « lien logique » qui existe entre le point de départ défectueux de sa sexualité et la résultante, c'est-à-dire sa pensée obsessionnelle. Il se souvient pourtant avec précision de son évolution sexuelle. « L'opération psychique qui a ainsi libéré le revêtement affectif de l'idée primitive pour substituer à cette idée une autre idée absurde ou infime sans rapport logique avec elle, s'est faite en vertu de la grande loi psychanalytique du déplacement affectif. » (Régis et Hesnard, ouvrage déjà cité.)

On comprend ainsi pourquoi le sujet ne saisit plus, malgré l'intégrité de son jugement, la valeur de son obsession et ne peut pas en triompher. Il faut donc, pour comprendre la structure de la maladie, rechercher les représentations primitives grâce à sa technique particulière (interprétation des rêves, associations d'idées, investigations inconscientes) et fouiller en détail la petite enfance. L'étude de l'obsédé montrera que ses tendances œdipiennes sont inasouvies, que leurs inclinations furent agressives envers père, mère, frères et sœurs.

« La période d'immoralité » est prolongée et anormale.

Lorsque son évolution sexuelle se produit, ses désirs sexuels inconciliables avec la morale sociale l'obligent à les refouler. Il se reproche les premiers élans de son sexe et présente les premiers symptômes de sa maladie : sentiment de honte, pudeur exagérée, honte et mésestime de soi. Suivra une période de calme plat où l'enfant vivra en bonne intelligence apparente avec ses difficultés. Mais la puberté approche avec des désirs sexuels plus forts, plus vivaces, et des problèmes moraux plus graves. Le jeune névrosé présentera une anxiété diffuse, mais, comme le signale Régis, « cet état affectif pénible se transforme en d'autres états pénibles de tonalité affective voisine mais déjà différente : le reproche à soi-même devient de la honte de soi caractérisée (honte qu'un autre sache les fautes sexuelles et sentimentales), de l'angoisse sociale (peur de la punition), de l'angoisse hypocondriaque (peur des conséquences sur la santé), de l'angoisse religieuse, de la phobie, de la trahison (crainte de la divulgation), de l'angoisse de la tentation (défiance en sa moralité) ».

Ce déplacement affectif va rendre la tâche de celui qui tentera de remonter à la source, fort difficile. Les actes obsédants seront des moyens de défense de l'esprit qui se refuse à envisager le vrai problème sexuel. Ainsi la rumination mentale, le doute, les manies tenteront de substituer quelque chose de non sexuel à quelque chose de sexuel. Contre les sentiments pénibles, inquiétants créateurs d'angoisse, l'O. trouvera un cérémonial expiatoire par l'eau, le feu; il conjurera le sort et le destin par des rites compliqués et interminables.

Mais l'auteur a voulu approfondir le « travail de dépigmentation », en comprendre le mécanisme et suivre les étapes de la transformation des tendances érotiques du premier âge en lutte contre les impératifs catégoriques de la morale. Il se produira d'abord « l'ellipse » ou tra-

vestissement des incidents primitifs par omission de la plupart des éléments du développement syllogistique qui devrait rattacher dans la pensée normale, les deux termes de l'obsession, sentiment primitif et idée substituée; la création d'un « intervalle » dans la série temporelle comprise entre la situation sentimentale primitive et l'idée symbolique terminale, le malade allant chercher un événement actuel pour justifier son état émotif anachronique datant de l'enfance; la « généralisation » d'un incident particulier en idée générale; le déplacement « affectif », qui fait du détail le plus petit ou même le plus grotesque ou le plus extrême, la chose la plus importante pour la malade, et la plus pressante; le choix, par l'inconscient, d'une « formulation verbale vague et équivoque, en vue d'écarter la personnalité consciente de la signification réelle de l'obsession, c'est-à-dire, finalement en vue de protéger l'existence et la durée de l'obsession » (Régis et Hesnard, ouvrage déjà cité, p. 261.).

Le heurt continuel entre les pulsions instinctives et le Sur-Moi explique la naissance du « Doute » que nous retrouvons chez tout obsédé.

Freud met l'accent sur l'aspect régressif de cette pensée compulsionnelle. D'après cet auteur, elle correspond au « caractère sadique-anal » (Freud, *Revue neurologique*, 1895, p. 34.)

De l'anal, il en aura la méticulosité, l'autoritarisme, la parcimonie; du sadique, la férocité, la cruauté du Sur-Moi qui écrase le Moi et lui inflige une perpétuelle punition sous la forme de phobies.

Cette punition lui posera une préoccupation constante de l'avenir et de l'au-delà, il aura des « soucis métaphysiques », une sorte d'insécurité permanente se traduisant par des superstitions.

Il note que la vue des choses sexuelles apportent au futur obsédé une satisfaction intense, mais l'essentiel à

son avis est la non liquidation du « complexe noyau », c'est-à-dire des complexes infantiles parentaux dont le plus représentatif est le complexe d'Œdipe. Un couple « amour-haine » fera un travail souterrain dans la psychologie et créera une ambivalence permanente. L'ambivalence, selon Bleuler (Zur Théorie des Schizophrenen Negativismus, *Psych. Neuro. Woch.* XII), est la « tendance à affecter chaque représentation psychique de deux sentiments contraires. » Cette caractéristique de tout névrosé sera particulièrement nette chez l'obsédé.

Rogues de Fursac écrivait en 1923 : « L'obsession est souvent, toujours peut-être, l'aboutissement d'un processus psychopathique dont une plus ou moins grande part, parfois la totalité, sauf le terme ultime, reste cachée dans le subconscient. C'est le rôle de la psychanalyse de découvrir ce processus et de mettre les diverses phases sous les yeux du malade. » On comprend dès lors l'attitude des psychanalystes qui feront pas à pas découvrir les diverses étapes de leur névrose aux malades.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser l'évolution de la pensée psychanalytique avec en particulier Otto-Fénichel (*La Théorie psychanalytique des Névroses*, P.U.F. 1953) et la conception originale de Hesnard (*L'Univers morbide de la faute*, P.U.F. 1949). Nous ne pouvons pas étudier non plus la conception de G. Gueix (*La Névrose d'Abandon*) ou l'article de Lechat paru dans la *Revue de Psychanalyse* en janvier 1949. Mais, de près ou de loin, tous se rattachent à S. Freud. De même d'ailleurs pour C.-G. Jung et Adler; ceci dépasserait l'objet de notre thèse, qui ne veut pas être une revue de toutes les notions ayant trait à cette névrose.

Loin de toutes ces théories, nous voyons avec l'avènement de la psycho-chirurgie se lever un grand espoir, une méthode consistant à opérer des destructions dans les lobes frontaux modifierait l'inquiétude des très grands

obsédés anxieux. En Amérique, PENFIELD et POOL par topectomie, ainsi qu'en France LE BEAU, firent de nombreuses opérations. Mais, comme le signale BARUK, « il faut bien avouer que bien des obsessions sont périodiques et que les risques de telles méthodes chirurgicales sont vraiment disproportionnées avec cette affection. Leurs conséquences peuvent être en outre très graves en mutilant la personnalité et en créant des lésions organiques compromettant l'avenir. »

Nous venons de parcourir, depuis ESQUIROL jusqu'à la psycho-chirurgie, bien des tentatives pour comprendre et guérir la névrose obsessionnelle, dans ce très modeste travail, nous voudrions, à la lumière de deux observations, montrer quelle fut notre conception du mécanisme de l'obsession et la psychothérapie que nous avons cru devoir faire en se référant à notre sens de l'homme.

Cette méthode que nous allons exposer n'est pas exclusive, nous n'affirmons pas avoir raison, c'est le début de notre carrière psychiatrique et nous visons à adapter aux maladies mentales cette sympathie humaine que nous avons toujours essayé de faire transparaître dans notre vie. Volontairement nous n'avons pas critiqué les théories émises.

Il y a plusieurs escaliers par lesquels on peut descendre dans l'étang. Celui qui descend directement un de ces escaliers pour aller prendre son bain ou remplir sa cruche atteint l'eau et il lui est tout à fait inutile de se quereller avec son voisin et de soutenir qu'un escalier est meilleur qu'un autre.

SHRI RAMAKRISHNA.

Seigneurs ayez pitié des fous et des folles. O Créateur ! peut-il exister des monstres aux yeux de celui-là seul qui sait pourquoi ils existent, comment ils se sont faits et comment ils auraient pu ne pas se faire.

BAUDELAIRE.

CHAPITRE PREMIER

SEMEIOLOGIE - OBSERVATIONS - MECANISME

On peut définir l'obsession comme « l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience de pensées ou de sentiments parasites tendant à s'imposer au moi, évoluant à côté de lui et non acceptés par la conscience » (BOREL et CÉNAC).

C'est sur un terrain hyperémotif et anxieux que germent les obsessions, leurs caractères morbides sont reconnus par le sujet, mais il ne peut pas se protéger contre elles.

On décrit trois stades classiques :

— La simple idée obsédante étrangère à la personnalité et déterminant une lutte anxieuse.

— La phobie ou crainte obsédante.

— Les obsessions impulsives.

Si l'on veut les classer, on se heurte à une difficulté : elles sont aussi nombreuses que les idées. Quoiqu'il en soit, on peut successivement analyser :

1° *Les obsessions idéatives :* L'idée fixe est, suivant RIBOT, « l'hypertrophie, la forme quasi tétanique de l'attention », mais l'idée fixe pathologique sera douloureuse, parasitaire, « s'introduisant spontanément dans le champ de la conscience et se mettant à la traverse du cours régulier des opérations mentales » (1), irrésistible (la volonté n'aura aucune action sur elle).

(1) PITRES et RÉGIS : « Les obsessions et impulsions », p. 71, éd. Octave Doin, 1902.

Leur nature sera très variée : celles que l'on rencontre le plus fréquemment semblent être les obsessions religieuses et sacrilèges (peur de profaner les hosties, voir l'observation citée plus loin; peur de salir les églises), morales et criminelles (peur d'avoir commis des crimes), métaphysiques (inquiétudes sur l'origine de la vie, préoccupation sur l'infini).

Mais de multiples pensées obsédantes de nature bien différente peuvent se rencontrer, idées de contraste où le malade transforme les mots (béni par maudit, heureux par malheureux...), des idées hypochondriaques, des hontes de son propre corps... etc...

2° *Les obsessions hallucinatoires,* qui peuvent intéresser tous les sens et « revêtir deux formes : celle de la représentation mentale, celle de l'hallucination vraie extériorisée mais consciente... la représentation mentale, c'est la représentation d'un tableau que le malade veut en vain chasser et qui est en opposition avec sa mentalité habituelle... l'hallucination : c'est l'hallucination visuelle ou auditive consciente... Les obsessions des autres sens sont plus exceptionnelles. » (1).

3° *Les obsessions-doutes et obsessions-questions,* qui furent à l'origine de l'appellation commune de la N.O., « folie du doute ». Le malade se posera de perpétuelles questions pour se mettre en règle avec sa sécurité physique ou morale, et craindra toujours d'avoir oublié quelque chose. En réalité, cette ambivalence existera dans toute obsession.

4° *Les obsessions craintes ou phobies :* Dans cette catégorie d'obsessions nous trouverons un catalogue assez déroutant des diverses phobies observées : la nosophobie (peur des maladies), l'onomatomanie (recherche obsédante des mots), la bélénophobie (peur des épingles), la claus-

(1) Lévy-Valensi : « Précis de Psychiatrie », Baillières et Fils, 3e édition, p. 153.

trophobie, l'agoraphobie, l'éreutophobie (peur de rougir), la zoophobie, auraxophobie (peur des voitures), sidérodromophobie (peur des chemins de fer)..., l'amour du grec peut mener très loin... sans faire avancer pour cela la compréhension de cette névrose. Ici, l'élément affectif semble dominer.

5° *Obsessions impulsives :* « L'obsession impulsive n'est pas l'impulsion, l'acte c'est la représentation de l'acte avec tendance à le réaliser, mais la réalisation peut faire défaut et j'ajoute fait défaut, quand l'acte, ce qui est le cas général, est en opposition avec la mentalité du sujet. » (1).

Nous n'irons pas plus avant dans l'étude séméiologique de l'obsession, qui nous entraînerait trop loin. Ajoutons cependant l'intérêt, avant d'admettre une névrose obsessionnelle « essentielle », de faire le diagnostic étiologique de cette maladie. On ne doit pas oublier que les obsessions peuvent s'observer chez les hystériques et peuvent être le début d'une schizophrénie.

On voudra bien nous excuser de ne pas avoir apporté plus de soin à l'étude de l'obsession. Nous avons choisi la classification de Lévy-Valensi en connaissant le caractère très arbitraire de cette étude. Nous devrions discuter, certes, l'obsession-hallucinatoire et tant d'autres choses... mais est-ce vraiment très important ? Nous ne le croyons pas.

Nous allons décrire deux observations d'obsédés : celle de Gérard M... (59 ans) et de Thérèse C... (23 ans). Elles furent choisies en accord avec M. le Professeur Bergouignan parce qu'elles sont représentatives et significatives. Nous n'avons pas voulu décrire plusieurs obsédés, pensant faire comprendre, à la lumière de ces deux observations, le mécanisme et la genèse de leur névrose.

---

(1) Lévy-Valensi : *Ouvrage cité*, p. 156.

PREMIERE OBSERVATION

Gérard M... (59 ans).

Au début du mois d'octobre 1952, un médecin de Bordeaux adresse à M. le Professeur Bergouignan, un de ses malades, M. Gérard M..., pour un grand état d'anxiété empêchant toute activité.

Situation dans la vie :

Gérard M... est directeur d'une entreprise commerciale importante employant une cinquantaine de personnes. Il assure cette fonction avec probité et intelligence depuis vingt-cinq ans mais il dut, à plusieurs reprises, interrompre son travail pour se reposer. Grâce à ses efforts, il jouit actuellement d'une excellente situation; son avenir était d'ailleurs assuré dès la fin de ses études puisqu'il devait prendre la succession de son père.

Remarié depuis 1944, sa première femme mourut en 1930, Gérard M... peut être considéré comme un homme comblé, mais, nous le verrons, il traîne depuis l'âge de 12 ans, une névrose pense-t-il, inguérissable.

Biographie :

Les premières années de sa vie se passèrent dans un foyer heureux. Le chef de famille, peu préoccupé de questions éducatives, tendait surtout à assurer le bonheur matériel de son ménage; un peu froid, sans doute scrupuleux et inquiet, il ne présenta pas de manifestations morbides durant son existence. Ce père lointain ne semble pas avoir eu grand contact avec Gérard M...

De sa mère, il garde un souvenir admiratif : elle s'occupait avec une infinie tendresse de son petit cadet. Le rappel de ses premières années « hyperprotégées » par une maman dispensatrice de soins précautionneux trouve une résonnance intime qui l'inquiète et l'enchante. Nous savons peu de chose de

son frère aîné (de six ans) si ce n'est « qu'il comptait moins que lui à la maison ». Sa sœur aînée n'a pas eu avec Gérard M... une grande intimité. Le climat familial était froid et guindé.

Jusqu'à l'âge de 8 ans il reste éloigné de la petite société de ses camarades. Un précepteur lui apprend à lire et à écrire. Mais le grand jour approche : son père le fait inscrire comme externe dans une pension religieuse de sa ville natale. Il commence à découvrir des compagnons de jeu, leur témoigne une curiosité vive et une sympathie superficielle, et revient chaque jour avec un plaisir sans mélange dans les bras de sa mère qui calme ses inquiétudes et le protège contre tous les « malheurs à venir ».

Les petites classes se déroulent normalement, l'étude l'intéresse et il obtient avec facilité des résultats brillants. Un professeur le remarque, s'intéresse à ses progrès; stimulé par les encouragements de cet adulte, il se classe dans les meilleurs élèves en sixième et en cinquième. A la fin de cette année, il suit la retraite le préparant à sa communion solennelle.

En quatrième, grand changement dans sa réussite : il travaille avec davantage de difficultés. Des idées parasites font irruption dans sa conscience : il est tourmenté par la responsabilité qu'il pourrait avoir dans ses « mauvaises pensées ». La communion du dimanche reste pour lui la grande préoccupation de sa semaine et il ne voulait communier que dans un parfait état de grâce ; on l'avait informé des dangers courus par le sacrilège d'une mauvaise communion. Aussi, se confessait-il très tard, c'est-à-dire le plus près possible de la communion pour éviter les « mauvaises pensées » et limiter les dangers des « péchés pensées ». Les nuits qui précédaient la journée dominicale se passaient en questions jamais résolues : ai-je eu de mauvaises pensées ? En suis-je vraiment responsable ?

Pendant cette période, 12-13 ans, les préoccupations sexuelles se font plus précises. Sa virilisation progresse et les « questions défendues » le préoccupent. Ce sujet est tabou dans la famille, personne ne tente l'explication des problè-

mes essentiels de la vie, les différences anatomiques entre sexes et la biologie de l'amour... Déçu de ne pas trouver chez lui les réponses désirables, ce sera au gré des conversations entre camarades qu'il fera son initiation sexuelle. Son confesseur aura quelques entretiens avec lui dont il ne se souvient pas. Malgré ces mauvaises conditions, G. M... n'aura aucune grivoiserie particulière, pas de pensées malsaines ou morbide et, à vrai dire, il fut d'une curiosité moyenne.

Les années passent, les obsessions, les scrupules excessifs sont relativement peu gênants, mais augmentés toutefois par quelques sermons-chocs; on stigmatisait les douleurs de l'enfer, les affres du purgatoire « on nous présentait Dieu comme le Justicier », dit-il.

En classe de rhétorique, G... suit des leçons particulières et passe son baccalauréat avec facilité. Sa classe de philosophie l'intéresse et il n'éprouve pas de gêne à l'examen.

Conseillé par son père, il entre à la Faculté de Droit. Pris par la vie estudiantine, sa morale rigide et inquiétante se relâche progressivement, ses scrupules et ses obsessions diminuent pour disparaître. Ses rencontres avec les jeunes filles sont pour lui source de plaisir et nous le voyons passer par une phase d'anticonformisme où il se débarrasse de tous les principes enseignés par les bons pères.

A 20 ans, il part faire son service militaire. Libéré de la relative surveillance de ses parents, des camarades lui font apercevoir les joies interdites et, très vite, il aura une maîtresse. Au bout de quelques mois, elle lui apprend qu'elle est enceinte. Cette révélation le plonge dans un désarroi total; elle est capable d'exercer un chantage et il se voit perdu. A qui se confier ? Son père est lointain et conformiste, sa mère est attachée à toute son enfance et il ne peut la décevoir.

Mais la guerre de 1914 éclate (heureusement !) et il peut s'évader loin de ses soucis. Blessé pendant une attaque, on le fait passer dans le service auxiliaire — service du chiffre. — Loin des champs de bataille, avec des compagnons, il « fait le beau »; quelquefois, des inquiétudes pour son enfant naturel l'assaillent.

En 1918, après avoir été libéré, ses parents veulent qu'il se marie. Une jeune fille d'un département voisin lui est présentée. Heureux d'en terminer avec une vie de bohème où il se sent mal à l'aise, Gérard se marie et espère le bonheur. Les premiers mois de son union sont parfaits, mais sa femme souffre de douleurs sous-hépatiques, douleurs qui deviendront intolérables et peu à peu, elle s'enfonce dans une toxicomanie profonde. Son ex-maîtresse se manifeste parfois, mais avec une relative discrétion, sans faire de scandale.

Son dévouement pour sa femme le pousse à la guérir par n'importe quel moyen. Tous deux partent à Paris. Confiée aux mains expertes d'un chirurgien célèbre, une cholecystostomie, puis une gastroentérostomie ne la soulagent pas et sa femme retombe dans une toxicomanie dépravante.

En 1924, sa femme le trompe. En 1925, elle lui donne un enfant, mais quelque temps après son accouchement, quitte le domicile conjugal. Sans nouvelles pendant de longues semaines, il l'accueille à son retour avec indulgence et amour, mais elle repartira deux autres fois. Deux ans après, ils se séparent définitivement sans divorcer.

En 1925, sa mère meurt.

En 1928, son père lui apprend que sa femme s'est suicidée.

En 1929, son frère meurt accidentellement.

En 1931, son père meurt subitement.

A cette période, il se retrouve seul avec son enfant dont il confie la garde à sa belle-mère.

Un an plus tard, en 1932, des amis l'invitent à Paris, où il retrouve une jeune femme qu'il avait rencontrée en 1916. D'abord, avec une affection toute paternelle, il veut lui venir en aide, mais sa tendresse change de nature et elle devient sa maîtresse.

A partir de 1939, au moment où ses obsessions sont peu intenses, apparaissent des équivalents épileptiques : à la fin de la journée, il éprouve brusquement une angoisse, pâlit, et est envahi par une pensée, toujours la même, qui ne lui laisse pas de souvenir.

Depuis 1942, quelques douleurs gastriques viennent se surajouter à ce tableau clinique et son médecin met en évidence une entéro-côlite chronique.

En 1944, après avoir vécu sans préoccupations religieuses, il veut, de nouveau, « se mettre en règle » avec l'Eglise et décide d'épouser sa maîtresse. De plus, il s'adresse des reproches véhéments sur son passé et prend un directeur spirituel. Ce dernier le traite d'emblée en scrupuleux et l'oblige à confesser trois fautes, pas davantage... Mais cette rigidité morale s'accentue, les idées obsédantes se font plus nombreuses et bientôt sa vie sociale en sera très limitée. Devant son état, sur les conseils de son directeur et de sa femme, il entre pour trois mois en maison de santé et n'en retirera aucun bénéfice.

Passé obsessionnel :

Peu après la retraite préparant à sa communion solennelle, Gérard M... présente les premiers symptômes névrotiques. Avec précision, il se souvient du contenu de cette récollection « le Dieu est un justicier, un vengeur et les portes de l'enfer sont ouvertes à l'âme en état de péché mortel ». Les craintes de ce petit enfant portent déjà sur sa responsabilité dans les « mauvaises pensées » qui font irruption dans sa conscience. (Ces idées-tabou consistaient en représentation de femmes attirantes; il ne se souvient pas de s'être masturbé à cette époque). Déjà un doute obsédant et douloureux lui faisait passer des nuits entières en interrogations pénibles : avait-il vraiment eu de mauvaises pensées ? En était-il vraiment responsable ? Aussi, pour être en règle avec Dieu se confessait-il le plus près possible de sa communion, le dimanche matin, avant la messe. Pendant la même période, il était tourmenté à l'égard de ses parents. Sous le nez de ses maîtres, il avait appris avec des camarades, une chanson un peu grivoise, mais craignait d'être « mouchardé » auprès de ses parents. Pendant les vacances scolaires, il regardait le courrier, un mauvais camarade aurait pu le dénoncer à sa mère.

Dans la petite société de l'institution religieuse, Gérard

commença à envier ses condisciples, les trouvant plus libres et son regret était grand d'être considéré comme l'enfant-de-bonne-famille. Le petit enfant discipliné et sensible se met à revendiquer une liberté plus grande et il n'est plus le fils soumis. De plus, G... se ferme à l'égard de sa mère et ne veut pas se confier. Son intégration au groupe se faisait mal; malgré un développement physique normal, il avait un sentiment d'infériorité dans les jeux. Etait-il trop soigneux ? Peut-être.

Un an après sa communion solennelle, c'était en 1907, on préparait les enfants à la Confirmation. Son mentisme obsédant reçoit un coup de fouet, sa crainte scrupuleuse de savoir si oui ou non il est responsable de mauvaises pensées le reprend. Une nuit, las de batailler sans fin sans apporter une réponse satisfaisante et apaisante, sa décision est prise. « Une femme accouche », dit-il, à haute voix. Le lendemain, il peut se confesser et communier sachant être absout de la pensée maudite, d'une vraie faute.

Trois ans plus tard, pendant sa puberté, commencent quelques pratiques auto-érotiques. Chaque masturbation entraînait chez lui la crainte d'une souillure : il recueillait son sperme dans son mouchoir qu'il fallait purifier, ce qui entretenait son sentiment de culpabilité jusqu'au moment où le mouchoir était propre. Très fréquemment, il éprouvait le besoin de se laver les mains. Mais sa préoccupation première était de « circonscrire la souillure, de l'enfermer dans son mouchoir » et, le MOUCHOIR était rangé précautionneusement. Dans son souci de ne pas être atteint, il ne pouvait plus s'essuyer les mains avec une serviette, qui aurait pu être en contact avec le Mouchoir maudit. Profondément anxieux de ne pouvoir lutter contre le besoin tyrannique de son ventre, sa mauvaise conscience le troublait d'autant plus qu'à cette période il traversait une phase de profonde religiosité. Sa présence souillait les églises et cependant, il désirait prier dans une maison de Dieu.

En classe de rhétorique et de philosophie, ce fut une période de calme relatif. Ses parents lui font donner quelques

leçons particulières. La préparation du baccalauréat se fait dans de bonnes conditions, il ne se souvient pas d'avoir été gêné par des obsessions.

Après sa réussite heureuse aux examens, Gérard M... entre à la Faculté de Droit. Ses masturbations fréquentes ne le préoccupent guère, sa piété se relâche et les obsessions diminuent. Son intégration au groupe est meilleure, on le trouve bon camarade.

Le service militaire est encore une période d'anti-conformisme où il ne semble pas avoir eu de craintes spéciales. Lorsque sa maîtresse fut enceinte, sa peur du scandale et ses préoccupations (normales !) ne prennent pas une tournure obsédante.

Pendant la guerre de 1914-18, nous trouvons un « officier piaffant » heureux et superficiellement satisfait de ses conquêtes féminines. De temps en temps, quelques pensées morbides l'inquiètent. Depuis 18 ans, sa foi est toujours profonde, mais il ne pratique plus.

A la fin des hostilités, notre malade revient dans son foyer. En 1920-22, des crises d'angoisse sous forme de pécordialgies l'amènent à consulter à de multiples reprises son médecin. Au même moment, il servait la messe au précepteur de son fils mais, si d'aventure un peu d'eau lui tombait sur les doigts, il l'épongeait avec respect, se servait d'un mouchoir propre, le ramenait chez lui et après l'avoir lavé, jettait l'eau purificatrice avec grand soin.

En 1928, à l'occasion d'un pityriasis rosé de Gibert, Gérard M... fait une grande syphilophobie; son activité sociale est encore de bonne qualité.

Jusqu'en 1944, pas de manifestation obsessionnelle. Mais à la suite de l'exemple d'un de ses bons amis, M. M... veut mettre de l'ordre dans sa vie progressivement. Son cérémonial d'obsédé va se développer. La crainte de la souillure lui fait redouter de profaner une église par sa seule présence et de faire ainsi une injure au Christ; à partir de ce moment-là, notre malade a peur de manquer de respect à l'égard d'une hostie consacrée ou de parcelles d'hostie qu'il croit découvrir partout.

Pour conjurer la faute il se livre à une série de rites : n'osant plus toucher ni à ses cravates sur lesquelles un fragment d'hostie aurait pu tomber... ni même à sa brosse à dents... encore moins à son mouchoir qu'il porte souvent aux lèvres après ses communions. Parfois, il les brûle. Son regard détaille la moindre poussière, l'identifie; souvent ganté, il prend dans sa poche des compresses stériles et recueille la poussière pour la jeter au feu.

D'autre part, Gérard cherche un réconfort auprès des prêtres. Un directeur de conscience ne lui suffit pas et il rencontre quotidiennement un autre abbé. Peu à peu, ce besoin de les consulter devient plus impérieux et c'est plusieurs fois par jour, pendant deux ans, qu'il ira les trouver. Sa terreur de l'hostie devient telle que toute communion lui est interdite, il se confesse, mais sans communier.

En 1950, sous la conduite d'un psychiâtre, il fait une cure en maison de santé pendant trois ou quatre mois qui amènera une légère détente.

Avant de consulter M. le Professeur Bergouignan, en 1952, son « cérémonial » centré sur l'hostie et ses craintes, se sont considérablement enrichis, son anxiété est intense. Après la la communion (il se confesse et va à la Sainte-Table une fois par mois environ), Gérard M... pense que sa cravate a pu recevoir un grain d'hostie mais cette cravate sera en contact avec d'autres cravates... l'armoire elle aussi, la table... les couvertures pourront garder les « particules saintes ». Et il achète de nombreuses cravates qu'il pourra purifier par le feu. Nous avions déjà noté son inquiétude à propos des mouchoirs dont il a pris l'habitude de s'essuyer les lèvres après la communion. Pour éviter tout sacrilège, il achète d'autres mouchoirs, de même pour sa brosse à dents.

Au début de l'année 1952, toute particule blanchâtre aperçue évoque pour lui une parcelle d'hostie et il la prélève devant quiconque avec une compresse stérile, l'entoure de papier en attendant de pouvoir la brûler.

A l'égard des personnes dont notre malade pense qu'elles ont pu communier, il a des sensations physiques : reçoit et sent comme une brûlure leurs postillons sur ses mains, sur

son visage. Il échaffaude des hypothèses compliquées pour se convaincre de l'impossibilité-qu'-il-y-eut-une-parcelle- sans jamais se donner une réponse satisfaisante. Une fois de plus, il doit choisir : va-t-il aux W.-C. sans s'être lavé les mains, sur lesquelles ont voit plusieurs points blanchâtres, il va commettre la profanation la plus grave, mais s'il se lave les mains, l'eau salvatrice emportera les morceaux d'hostie dans les égoûts, ce n'est pas mieux. Pendant son travail, son émoi lui fait garder des gants.

Des journées entières se passent en ruminations obsédantes : « Ai-je le droit de laisser telle question en suspens ? Arriverai-je à une certitude ? Suis-je vraiment responsable ? ». Il lit un traité de droit canon, relève le caractère très grave revêtu par une profonation. Après cette lecture, il sait bien ne pas pouvoir éliminer toute possibilité de souillure, mais il pense qu'en agissant avec précautions tout ce qui est en son pouvoir aura été fait « humano modo quod potuit ». Dans ce souci de fausse perfection sa femme n'est pour lui d'aucun secours (?), elle n'est pas croyante, et aggrave souvent, par des maladresses involontaires, son anxiété.

En juin 1952, une petite fille, en communiant, laisse tomber une hostie; les jours suivants, il sombre dans un désarroi très intellectualisé et demande à un professeur de chimie combien de temps une hostie met à se dissoudre... aucune démonstration ne lui semble valable. A cette époque, il garde, au point de vue professionnel une certaine confiance en lui, mais ses employés s'aperçoivent de l'état dans lequel il se trouve. Seul le curé de sa paroisse lui apporte un soutien relatif. Sa journée consiste à rechercher les fragments d'hostie, les recueillir, purifier les mouchoirs, etc... C'est dans cet état qu'il viendra voir un psychiâtre.

Nous avions signalé plus haut les équivalents épileptiques (angoisse, pâleurs, pensées). Il suivit un traitement par l'alepsal, cinq centigrammes matin et soir. Ces crises ne semblent pas avoir eu de rapport avec ses paroxysmes obsessionnels.

Pour le reste de sa personnalité psychologique, nous notons une timidité dans ses premières années à l'égard de ses cama-

rades. M. G... a vendu sa maison et préfère le rôle de directeur que la responsabilité totale de son entreprise. Avec sa femme, notre malade est irritable; elle se met en travers de son système de protection et il en profite pour lui faire des reproches. Avec ses employés, très aimable. Il cherche à rendre service, sait être bon camarade et fréquente les cercles.

D'une intelligence concrète, il a une mémoire extraordinaire, mais peu capable de synthèse, avec un esprit d'une logique incomparable, imagination moyenne.

Très artiste, sans être créateur ni exécutant, il goutte la musique classique, les livres, un bel intérieur, une jolie femme.

Sa vie sexuelle fut normale.

Terrain :

Dans ses antécédents héréditaires, nous apprenons qu'un grand oncle paternel eut une psychose grave ayant déterminé un placement en hôpital psychiatrique. Son père était « l'homme juste et sévère », scrupuleux et sans doute un peu pédant.

Sa mère ne semble pas avoir été névrosée, elle fut simplement hyperprotectrice et trop aimante pour ses enfants.

Son frère aîné (mort accidentellement à 30 ans), fit des études brillantes. Il était d'un caractère inquiet sans pouvoir parler d'obsession. Son fils serait à la limite de la crainte obsessionnelle.

Sa sœur a un comportement psychologique tout à fait normal. Elle est atteinte depuis quelques années d'un rhumatisme chronique. Sa fille fait des crises comitiales typiques d'allure essentielle.

Au point de vue physiologique, Gérard M... est un homme de 1 m. 62, pèse 65 kilos, sans particularité notable. Son visage est mobile, les yeux vifs et sa morphologie exprime l'intelligence. D'une tenue très soignée sans être recherchée, il se présente à nous comme « l'homme de bonne compagnie ».

Pas de passé pathologique. Simplement, tendances rhumatismales (péri-arthrite scapulo-humérale). Par ailleurs, rien à signaler.

DEUXIEME OBSERVATION

Thérèse B... (23 ans).

Thérèse B... est une jeune fille de 23 ans de la région vendéenne. Elle fut adressée à M. le Professeur Bergouignan pour état obsédant durant depuis cinq ans et résistant à tous les traitements.

Situation de famille :

Ses parents sont propriétaires terriens et assurent à leurs six enfants une bonne aisance. Dans cette famille, on ne nous signale pas de manifestations psychonévropathiques; ses quatre sœurs et son frère eurent un développement harmonieux.

Thérèse fit ses études secondaires à partir de 11 ans comme interne dans une pension religieuse ouverte à l'éducation moderne. Sa scolarité fut normale et elle passera son baccalauréat sans difficultés. Ensuite, elle chercha sa voie et songeait à faire du secrétariat commercial, mais elle ne pouvait rien commencer, il lui aurait fallu quitter ses parents. Ses sœurs firent leurs études dans la même pension à X...

Biographie et sa vie d'obsédée :

Dès 5 ou 6 ans, Thérèse était l'enfant la plus attachante et la plus attachée, la plus tyranniquement affectueuse avec ses parents. Pendant toute son enfance, elle craignait les départs de sa mère, avait des peurs, des inquiétudes de ces petits abandons (1). Ce fut un « véritable déchirement » lorsqu'elle partit en pension. Ses sœurs supportèrent bien mieux l'internat qu'elle. Nous ne notons rien de frappant pendant cette période si ce n'est une curiosité sexuelle assez précoce : à 7-8 ans, avec son frère et un cousin, ils s'amusèrent à se déshabiller et s'ac-

(1) Germaine Guex : « La Névrose d'abandon », P.U.F., 1950.
(2) Charles Odier : « L'angoisse et la pensée magique », Delachaux et Niestlé, 1948.

cordèrent quelques privautés. Souvent, ils conversaient sur l'acte sexuel et essayaient d'assouvir leur curiosité anatomique. Leurs parents, par pudeur et manque de souci éducatif ne leur avaient pas fait d'initiation sexuelle. Sa vie religieuse était apparemment simple, communions et confessions fréquentes.

Vers 11 ans, Thérèse devint hostile à sa mère dans les circonstances suivantes : toute la famille se rendait à une matinée d'enfants, mais peu avant le départ, un ami d'enfance de sa mère vint faire une visite à son ancienne compagne de jeux et elles restèrent ensemble. Les enfants partirent seuls. Thérèse dépossédée de sa mère, haït l'ami d'enfance et devint dure et fermée. Cependant, elle ne pouvait se passer de la tutelle parentale.

De 11 ans à sa puberté, elle fait les classes de sixième, cinquième et quatrième. Le système éducatif de la maison prévoyait que les enfants se donneraient elles-mêmes les notes de conduite. Thérèse se jugeait toujours favorablement pour pouvoir regagner la maison. Elle aime chahuter, chanter, et profite des joies de l'internat.

A 14 ans, elle entre dans une phase de rigidité extrême ; d'exubérante et d'espiègle, elle s'oblige à devenir monacale pour gagner la sortie du dimanche « et je n'étais jamais sûre d'avoir fait tous les efforts pour mériter cette note ». Thérèse se reprochait ses jeux érotiques avec son frère, elle se demandait s'il s'en souvenait et lorsqu'il s'asseyait près d'elle elle rougissait sans avoir toutefois d'inquiétudes vraies sur le plan religieux. Les premières règles ne l'ont pas surprise et ne semblent pas avoir déterminé de chocs. A l'égard de sa mère, son attitude se durcit, elle devient hostile, agressive, et croit « que sa mère est la cause de cet état ». Son père, comme toujours reste lointain.

De 14 à 17 ans, elle sera hantée par des représentations mentales d'organes génitaux, mais elle continue à bien travailler. Les examens terminés, Thérèse rentre dans son foyer et reste toujours opposée à sa mère. Son désir de se marier est vif : « Je dois épouser un homme très vite ». L'inquiétude,

l'anxiété revient progressivement. Au W.-C., elle craignait de rencontrer du sperme et se mettait dans des positions acrobatiques pour ne pas toucher le siège, tout en pensant au plaisir qu'elle aurait de ce contact avec le sperme.

Pour rompre ce désarroi, son père lui offre un voyage en Algérie où elle pourra s'occuper des enfants de sa sœur et se « changer les idées ». Devant ces nouvelles responsabilités, l'anxiété revient. Un soir, priée de mettre un suppositoire à sa petite nièce, elle craint de l'avoir introduit dans le vagin volontairement. Elle pense toujours faire des impuretés devant les enfants. Au point de vue religieux, sans avoir abandonné toute pratique, elle ne peut pas suivre le conseil de son directeur de conscience de continuer à communier. Thérèse n'arrive pas à se réadapter à la vie familiale et c'est dans un désarroi complet que l'on se décide à une cure par un psychiatre.

Suivons-la pendant les premiers mois de son traitement. Elle s'adresse des reproches pour les gestes impudiques et sales entraînant des lavages des mains répétés. Dans la crainte de disséminer les microbes, elle surveille attentivement ses garnitures intimes et à la moindre perte, lave avec patience son linge. Mais comment savoir s'il est stérile ?

Sur les conseils du psychiatre qui fut obligé de l'admettre en maison de santé, elle entre à la Faculté des Lettres et suit, comme auditrice libre, les cours d'allemand. Dès le quatrième entretien son hostilité pour sa mère se dissipe et elle redevient une fille aimante. Son rôle de secrétariat social ne la satisfait pas, elle décide de se consacrer aux malades et entre à l'école X... des infirmières et assistantes sociales.

Thérèse commence ses stages hospitaliers, mais craint en faisant les piqûres, de contaminer les malades. Une compagne de deuxième année la rassure et notre jeune obsédée finit, avec des précautions aseptiques infinies et une lenteur décourageante par pratiquer les injections. La sœur lui demande un jour de faire une piqûre à un mourant, dans le but de transfuser rapidement du sérum, Thérèse se hâte et a l'impression d'avoir mal fait son travail. Le malade meurt. Elle se réfugie dans le cabinet de la sœur pour être bercée et réconfortée.

Un autre matin, en pratiquant une injection antityphoïdique, elle brise l'ampoule : « J'ai transmis la typhoïde à toute la ville » et les encouragements de la sœur ne peuvent extirper sa crainte.

En revenant dans la pension de jeunes filles, elle ne sait plus diriger sa vie et imite servilement les autres ?

En même temps, elle a conscience d'être paresseuse, gourmande...

Le samedi, Mlle Thérèse part et revient, disant : « Cette semaine ba vien se passer, ma même m'a expliqué tout ce que je dois faire dans le service. » Mais cette dépendance très infantile ne peut la satisfaire et au bout de huit mois, elle veut tout abandonner.

Nous la retrouverons dans le deuxième chapitre (contenu des entretiens psychothérapiques, Obs. II).

Terrain :

Nous ne découvrons pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Son père était un homme un peu froid, respecté par ses enfants, très juste.

Sa mère, sans être une bonne éducatrice, n'était pas névrosée.

Thérèse est une jeune fille élancée, son visage est fin, un léger strabisme nuit à la beauté de ses yeux. Vibrante, émotive, elle a un sourire qui force la sympathie.

Son développement somatique est normal. Réglée à 14 ans. Pas de maladies particulières. Sa santé n'a pas demandé plus de soins que celle de ses frères et sœurs.

MECANISME DE L'OBSESSION

La plupart des psychiatres abandonnent le traitement de la névrose obsessionnelle aux psychanalystes et l'on trouve actuellement dans les livres d'enseignement que, seul, un médecin analyste peut découvrir et soigner cette névrose. Nous voudrions montrer, dans les lignes suivantes la place des différents instincts et leur rôle dans la pathologie des psycho-névroses. Steckel a noté le danger de la théorie de Freud, « quand on la conçoit d'une manière exclusive, comme si toutes les affections psychiques provenaient d'une insatisfaction sexuelle. » Nous refusons pour notre part la place prépondérante accordée à l'instinct sexuel par la psychanalyse.

Pour comprendre le mécanisme de la pensée obsessionnelle, il faut, à notre avis, expliquer le développement de l'instinct de conservation chez l'enfant normal et chez le futur obsédé.

« Le premier contact du nouveau-né avec sa mère est tellement étroit, qu'il est plus adéquat de parler de consubstantialité que d'un contact », dit Charlotte Buhler (1). Le nouveau-né fait partie de sa mère. « Ce n'est que plus tard que cette sphère de chaleur, de soin et d'alimentation devient un monde pour l'enfant, avec le caractère spécifique d'un monde intime, d'un abri distinct, en face d'un monde plus vaste, qui s'ouvre au bord du foyer primordial et auquel l'enfant apprend à participer dans des rôles divers. » (1). Entourant son bébé de tout son amour, la mère le protègera contre le froid, lui donnera son lait, lui évitera les heurts. Le monde n'est pas vu à travers la mère, c'est la mère. Lorsque l'enfant commen-

---

(1) Charlotte Buhler : « Kindheit und jugend », Jena, 1928.
(1) G. Bally : « The affective contact », International Congress for psychotherapeutics, 1931.

cera ses acquisitions, il trouvera à ses côtés pour sécher ses larmes, souffler sur ses brûlures, panser ses plaies, toujours les mêmes mains.

Pendant cette période, se développe le sens d'un monde intime qui lui offre la sécurité, mais « la constitution d'un monde présume la rencontre des autres... Le visage du camarade de jeu est, chez l'homme, déterminé par le visage premier, témoignage du monde primordial. L'enfant reconnait dans tout visage les traits du visage maternel, témoignage du monde primordial, le visage, à l'origine point central où convergent les regards de l'enfant pendant la période de l'allaitement, est devenu porteur d'expression de diverses manières de rencontres. Non seulement l'enfant rencontre le camarade du même âge proche, la mère même jouant avec son enfant, cesse de représenter l'abri; involontairement, elle change de voix, se fait petite, se transforme en égal. Ainsi, le monde « abri » s'élargit en un monde de rencontres. » (Bally). La découverte du monde des autres se fera par étapes; l'espace l'inquiète, la vie le déconcerte et ses acquisitions se feront très progressivement avec des retours apeurés vers la mère dispensatrice de protection et de sécurité.

A la période de l'éducation de ses sphincters, il accomplira son premier progrès moral, il ne cèdera pas à son impulsion naturelle (C. Launay). Ce sera par une sorte de mécanisme de protection qu'il obéira aux adultes dans le secret espoir d'une récompense, pour éviter une punition ou pour se faire une vie facile dans le monde des adultes. Et suivant l'expression populaire, il « saura y faire ». L'enfant restera longtemps égoïste, tourné vers sa mère dont il reçoit toute sécurité. Mais à 6 ou 7 ans, lorsque la mère fut une bonne éducatrice, la rencontre avec de petits camarades va changer le sens de ce besoin exclusif de possession, « des liens affectifs nouveaux se nouent entre camarades, ce sont les premières amitiés, don de

soi mutuel qui marque un nouveau progrès dans la voie des sacrifices consentis à autrui, qui jalonnent depuis la première enfance le développement affectif. » (1).

Dans la mesure où nous pouvons connaître le passé lointain des obsédés, nous apercevons chez eux une sorte de fixation affective au stade abri-maternel. Quelquefois entretenue et exagérée par la sévérité du père, l'attitude d'hyperprotection de la mère va créer chez l'enfant un besoin toujours plus tyrannique de protection. Que l'on nous comprenne bien; il est de par le monde, de nombreuses mères névrosées et « nerveuses » à l'extrême, et relativement peu d'obsédés, mais il y aura aussi une mauvaise relation affective de la part de l'enfant qui se complaira dans cette fausse éducation pour créer une N.O. Ce besoin de sécurité dispensé pour les filles comme pour les garçons par la mère, deviendra rapidement insatiable parce qu'irrationnel. Son égocentrisme n'aura plus de limites et une dépendance étroite l'unira à sa dispensatrice de sécurité, à son égard, il deviendra d'une tyrannie boudeuse, continuel insatisfait. Avant que la question morale ne se pose, il pourra présenter des obsessions qui seront des inquiétudes physiques : phobie des épingles, phobie des voitures, phobie des instruments tranchants... Ces craintes apparaissent souvent à la suite d'une maladie qui a rendu la mère encore plus protectrice. Inconsciemment, l'enfant recherchera et implorera toujours les mêmes soins, comme lorsqu'il était malade. Attitude très différente de celle du petit hystérique qui tousse par exemple après une coqueluche dans un but de chantage affectif.

L'obsédé trouve son compte dans l'obsession, et au début « c'est un peu de sa faute ». Vers 7 ou 8 ans, l'enfant doit choisir entre l'amour qui peut le porter vers autrui

---

(1) Launay : « Précis de Médecine infantile », Masson, 1948.

et la possession exclusive de sa mère, incarnation de son propre instinct de conservation.

Si nous n'avons pas parlé du terrain de l'obsédé, nous croyons cependant à une constitution hyperémotive, mais nous n'avons pas la conviction que tout homme peut s'achever pleinement lui-même et réaliser sa vie. C'est pour cette raison que nous ne voulons pas, par parti-pris diront les uns, par indigence d'esprit diront les autres, expliquer l'homme par son hérédité. (« L'homme transmet la cage, mais c'est Dieu qui crée l'oiseau » THIBON.) De plus, nous pensons que la tâche du psychothérapeute devient très difficile s'il admet l'existence de constitutions mentales rigides. Quoi qu'il en soit, nous croyons en l'existence d'un terrain hyperémotif : le futur obsédé ressent avec davantage d'intensité que les autres les menaces extérieures et en particulier l'abandon.

Ce contact trop étroit avec sa mère nuira à ses rapports avec autrui. Leur symbiose mère-enfant lui suffira longtemps, mais un jour il enviera ses camarades de savoir se donner et la petite société se refusera à lui. Ainsi, Gérard M... voulut, vers 9 ans, rejoindre ses compagnons de jeu; avec l'intuition et le sens critique de leur âge, d'emblée, ils le mettent et le tiennent à l'écart. Et bientôt, l'égoïste trouvera en lui-même sa punition, et de plus en plus, il éprouvera de la difficulté à avoir un véritable amour oblatif : « Si tu fermes la main, le monde te restera fermé comme un poing. Si tu veux que le monde s'ouvre à toi, ouvre d'abord la main » (1). Cet effort lui deviendra bientôt impossible, et ce monde, dont il ne peut entr'ouvrir la porte, lui semble un paradis hostile mais merveilleux. Il reprochera plus tard à sa mère de l'avoir trop couvé. Déjà, dans son esprit règne une ambivalence au sujet d'une personne « dépendance hargneuse » aimons-nous dire.

---

(1) LANZA DEL VASTO : « Principes et préceptes du retour à l'évidence ».

Ce « ressentiment » suppose un sentiment d'infériorité, une impression d'impossibilité que l'on cherche à se dissimuler. Pour Scheler (2), « toute appréhension d'une valeur s'accompagne d'une tendance à se l'approprier, à se l'incorporer ou à la réaliser. C'est l'échec de cette tentative qui crée la situation propre à faire germer le ressentiment. Il se produit en lui (l'homme du ressentiment) un refoulement du sentiment d'impuissance qui amorce tout un travail psychologique souterrain. Son aboutissement est la négation de la valeur qu'on n'a pu réaliser et, comme contre-partie, l'exaltation de son opposé, la création d'une fausse valeur. » Ce ressentiment attachera le futur névrosé d'une façon toujours plus tyrannique à sa mère, il défendra la valeur de l'amour familial.

Nous ne pouvons analyser plus à fond ces éléments, nous réservant la possibilité de le faire lorsque plusieurs années de pratique psychiatrique auront enrichi notre pauvre expérience. Les obsédés que nous avons étudiés n'eurent pas de traumatismes sexuels (chambre des parents par exemple); ils n'eurent pas d'éducation sexuelle. Le dressage des sphincters ne leur a pas laissé de souvenirs précis.

La pré-puberté sera une période de « méditation obsessionnelle ». L'évolution de la conscience morale, le passage progressif de la morale close de leur enfance en morale ouverte adulte ne se fera pas. Aux yeux de l'obsédé spiritualiste, Dieu se présentera sous la forme du Dieu tutélaire justicier et souverain maître, dispensateur de consignes impératives. Le névrosé voudra toujours lire les tables de la loi pour chercher l'acte qui le mettra à couvert vis-à-vis du Seigneur et lui apportera une assurance sur la vie éternelle. L'éducation religieuse mal faite, les consignes trop rigides ne font que « floculer » et augmenter les obsessions religieuses.

---

(2) Scheler : « L'Homme du ressentiment ».

A la puberté un problème moral se pose d'une façon individuelle aux jeunes gens : celui de leur continence. Ce problème, il faudra le résoudre seul, tout seul. Les parents qui n'ont pas abordé ce sujet-tabou sont mis à l'écart et le jeune obsédé sera plongé dans le désarroi. Sa morale close, dans l'ensemble rigoureuse, va lui poser une série de difficultés. Tout enfant il recevait les consignes de sa mère comme du sang à travers le placenta, sans les digérer, et, maintenant, il lui faut se créer une éthique personnelle.

Leur responsabilité sera en cause devant la morale naturelle ou devant Dieu, suivant leurs convictions. Pour Dieu en particulier ils peuvent se faire couvrir par un prêtre devenant ainsi le substitut de la mère, mais ils n'en seront pas satisfaits. Et le doute sur leur responsabilité dans leurs mauvaises pensées va leur faire rechercher d'autres sécurités. L'inquiétude se glisse dans leur âme. Souvenez-vous de Gérard M... qui se demandait des nuits entières quelle était sa part de faute dans sa rumination mentale. Il était dans l'impossibilité d'embrasser les questions de liberté et de responsabilité et déjà il trouvait un petit rite, faire quelque chose de sûr (« les femmes accouchent ») pour pouvoir le réparer. L'obsédé veut équilibrer les deux plateaux de la balance : sur le premier, il dépose sa responsabilité, et sur l'autre, jette une réparation. Un certain masochisme se constitue; pour eux, être dans le bien, c'est souffrir.

Nous allons essayer d'étudier plus à fond leur attitude religieuse, leur attitude de préservation et leur attitude sociale.

Attitude religieuse

La personne du Christ est rarement évoquée par les obsédés; ils voient et se représentent siégeant sur un trône majestueux Dieu le Père, Jéhovah. L'un des obsédés

disait à la manière des Pharisiens : « J'ai éprouvé la crainte de ne pas adorer le véritable Dieu et de porter hommage à un usurpateur. » Ils ont parfois le doute de ne pas être dans la vraie voie. Mais cette attitude de crainte ne sera qu'une sécurité pour mettre toutes les précautions de leur côté. Ils éprouvent aussi le besoin de matérialiser et de concrétiser leur foi par des sacrements et en particulier par l'Eucharistie. Leur religion précautionneuse n'aura jamais, malgré les apparences, une sincérité absolue. Leur besoin de sécurité, leur instinct de conservation les pousse à tout réfléchir pour avoir une place à côté du Dieu tout-puissant dans l'au-delà. Ils approfondiront la religion, ils intellectualiseront leur foi sans avoir le comportement charitable qui sied à tout croyant. Leur attitude religieuse rappelle celle des Pharisiens : « La religion telle qu'ils la concevaient risquait de devenir purement intellectualiste et spéculative, tendre à remplacer la foi par la science. Pis encore, elle donnait aux observances une telle place que l'élément spirituel menaçait d'en être étouffé. A force de multiplier les rites et les formules, on croira que toute religion consiste à payer sa dîme et à répéter des versets stéréotypés. Enfin, et c'est cela surtout que visera le Christ, la nature humaine est ainsi faite que les apparentes rigueurs lui servent de masques et que Tartuffe se distingue mal d'un vrai dévôt » (1).

Cette rectitude morale peut laisser la place à un comportement anticonformiste, en général, cette période de bohème est assez heureuse, les obsessions y seront moins nombreuses.

Attitude de préservation.

L'attitude de préservation se verra surtout chez les hypochondriaques obsédés. En réalité, nous n'en connais-

(1) Daniel Rops : « Histoire Sainte,, Peuple de la Bible ».

sons pas de façon très profonde. Ils viennent se faire affirmer par des médecins qu'il n'y a rien de grave, et l'on ne doit pas commettre la faute de distribuer « larga mann » des médicaments. En général, ils auront moins de rites que l'obsédé moral. Le lavage des mains peut se rencontrer non pas dans un but de purification mais pour éviter les microbes. Leur contact social est très mauvais, anxieux, insommique, d'une égocentrisme farouche, ils ne se font guère d'amis. Tel cet obsédé, homme d'excellente famille : il marie son fils, peu de temps après ce mariage, on ramène à Bordeaux son enfant qui vient de contracter une poliomyélite grave de forme bulbaire. Ce grand obsédé insomnique depuis très longtemps, s'occupe avec amour de son fils et retrouve bon sommeil lorsque son fils est à l'agonie...

Les femmes, par une sorte de prolongement d'elles-mêmes, sont obsédées par la santé de leurs enfants. Les cures psychothérapiques semblent assez faciles à pratiquer.

Attitude à l'égard de la Société

Leur rencontre avec les autres est faussée dès le départ. Les deux versants essentiels sont la dépendance et le ressentiment. La dépendance matérielle diminue lorsque l'obsédé fait l'expérience que cette tutelle ne calme plus son besoin de protection. Dans l'impossibilité de faire sa propre autonomie il deviendra un imitateur servile et on pourra parler d'une véritable échopraxie. Ex. : Thérèse suivait tous les gestes de ses camarades avant de pratiquer une injection, elle nettoyait le linge comme son amie... L'obsédé moral aura besoin du prêtre et des autres hommes, il craint la solitude.

Son ambivalence est toujours notée par la famille. La première personne détestée sera son premier amour, personne ne trouvera grâce à ses yeux, et malgré

une syntonie superficielle, un ressentiment envers la société se découvre dans une analyse poussée. A l'égard des amis intimes on peut trouver une insatisfaction génératrice d'hostilités. Le médecin, en cours de cure, entendra par exemple : « Je vous en veux de m'avoir enlevé l'espoir que j'avais; vous êtes cruel. » (Gérard M.).

Jusqu'à la puberté, d'après nos analyses, il ne semble pas y avoir de différences essentielles entre la ou le névrosé. Nous allons essayer d'étudier rapidement les « grands moments » de la vie d'un obsédé adulte.

La préparation d'une profession dans des cadres bien définis (séminaristes, grandes écoles, apprentissage...) se déroule bien. Les obligations, la discipline encadrent l'obsédé d'une gangue qui lui voile sa propre responsabilité. Le service militaire sera, aussi, bien supporté. A l'occasion de la préparation d'une thèse où l'on doit s'engager seul, nous pourrons assister à un paroxysme obsessionnel.

L'obsédé ne peut se résoudre au mariage, incapable de trouver chez une femme ce qu'il attend, son égoïsme le contraint souvent à un célibat prolongé. Mais ce célibataire supportera mal sa solitude et retrouvera des amis dans des cercles. Ce contact superficiel lui sera un dérivatif utile. Marié, son choix se portera sur celle qui incarnera le plus sa mère perdue. Quelquefois, le mariage est une régularisation que l'obsédé moral accepte avec soulagement pour apaiser son sentiment de culpabilité et le courroux du Créateur.

La vie professionnelle lui fournira un grand soutien. Mais nous pouvons noter chez eux une difficulté à prendre des responsabilités avec une tendance à rester en coulisse : Gérard M. vend sa maison de commerce pour en rester le directeur technique sans en avoir la responsabilité.

La mise à la retraite sera un des moments les plus

« floculants ». L'obsédé se retrouvera en face de lui-même sans activité mais avec un esprit perpétuellement en éveil.

Pour la femme, son grand désir de protection lui fera attendre, dès la fin de sa puberté, le mariage. Elle recherchera un homme solide. Epouse, elle pourra être heureuse si son mari lui fournit « une dose de sécurité suffisante », mais son appétit affectif sera difficile à satisfaire.

En général, la grossesse, période particulièrement douloureuse chez l'hystérique, se déroulera dans d'excellentes conditions, comme si l'activité instinctive rejetait au deuxième plan la recherche de sa propre conservation. Les encouragements de l'accoucheur éloignent les craintes naturelles de la gestante. Mais, dès la naissance de l'enfant, les psychiatres notent l'apparition de petits états phobiques : craintes de tuer l'enfant, de l'étouffer en lui donnant le sein, impossibilité de lire un fait divers... L'éloignement du mari, pour des causes professionnelles, la mort de la mère, créent de nouveaux états obsédants.

Nous n'avons pas l'expérience de l'influence de la ménopause sur la névrose obsessionnelle.

Nous venons de parcourir les étapes de la vie de l'obsédé. Un détail nous frappe : le névrosé semble se mettre des œillères. Après avoir médité le thème obsédant prévalant, une sorte de « cloisonnement » se constitue. Ainsi, Thérèse passa par un stade d'hypermoralisme où elle se jugeait avec sévérité pour mériter des sorties hebdomadaires; puis, il y eut une sorte de cristallisation de son problème érotique. Une fois que le thème est choisi, l'obsédé négligera des problèmes moraux essentiels. Gérard M... ne fera pas d'obsession sur son enfant naturel, mais craindra de profaner les hosties. Un nouvel enkystement se produira; pour être vraiment logique, Gérard aurait dû laisser sa voiture où il déposa après la messe son missel, chaque jour, il part à ses affaires sans aucune

anxiété. Au fond, tout obsédé sait bien qu'il y a une part de jeu intellectuel dans sa névrose. Ils craignent l'anxiété diffuse et préfèrent une obsession bien connue sur un terrain circonscrit. Ces malades redoutent l'électroplexie qui calme leur anxiété mais ne leur permet plus le travail intellectuel favorable à leur pensée, et le LARGACTIL, excellent calmant de l'angoisse, mais peu favorable aux acrobaties de l'esprit. « Ce rationalisme, ce géométrisme morbide » (DELMAS-MARSALET), est une de leurs caractéristiques. Incapables de synthèse, ils s'efforcent à intellectualiser leurs buts de vie. D'une mémoire en général excellente pour le détail, leur maladie se situe au-dessus de leur affectivité.

Peut-on concevoir des mécanismes biologiques ?

Les psychiatres connaissent tous des familles d'obsédés. On peut admettre qu'un certain capital phobique se transmet de génération en génération. Les rapports de l'obsession et de l'épilepsie ont fait dernièrement l'objet d'une thèse. On retrouve en effet fréquemment des crises comitiales chez nos malades. On a comparé les obsessions-impulsions aux impulsions épileptiques (par hypersynchronisation). Ces notions restent vagues et imprécises.

La psycho-chirurgie se propose, sur des données assez imprécises,, d'interrompre les connexions cortico-sous-corticales. Ce serait par une tension (?) de ces connexions, que l'anxiété serait créée. Les ruptures brutales faites par le scalpel du chirurgien auraient amené des sédations de l'anxiété. Certaines substances médicamenteuses, tel le LARGACTIL, auraient une action neuroplégique dans les sphères centrales sur cette tension cortico-thalamique. Notre expérience ne peut rien conclure de ces données.

Conclusions

Si nous voulons résumer notre pensée, l'obsédé aura :

1° Un appétit excessif de sécurité qui apparaîtra à toutes les étapes de sa vie.

2° Une dépendance extrême, leur comportement infantile se perpétuant à cause de cet appétit de sécurité insatiable. D'où une ambivalence faite à la fois de dépendance et de ressentiment avec un grand désir de rencontre (sauf dans les formes pseudo-schizophréniques).

3° Une oscillation mentale permanente, ce doute est circonscrit à un terrain d'élection.

La N.O. est une maladie de l'instinct de conservation : elle défend des valeurs vitales.

Ce qui guérit c'est une mise en ordre. Donc tant vaut le système suivant lequel on ordonne les choses, tant vaut la cure.

Docteur Biot
(*Au service de la personne humaine*).

CHAPITRE II

« L'obsédé subit un martyre mais un martyre qui le satisfait. Il s'accroche à son obsession, y tient. Il en a besoin, et en même temps qu'il s'épuise en acte vains, ridicules et infinis, il s'enfonce de plus en plus dans l'obsession qui l'attire et le fascine. »

Henri Ey, comme nous le verrons dans l'étude plus approfondie de l'attitude de l'obsédé en face du psychothérapeute, a mis l'accent sur un des caractères les plus difficiles à surmonter dans la conduite d'une bonne cure. Le malade veut guérir, il lance un S.O.S. à tous les vents et ne voit dans le médecin qu'un dispensateur de plus d'une sécurité qui s'éloigne lorsqu'il pense la saisir. Ses réactions ne sont pas toujours loyales : il veut sa délivrance, mais en même temps se complaît dans son mentisme obsédant. L'analyse de Gérard M. et de Thérèse nous permettra de suivre, d'une part l'attitude du malade et du médecin, d'autre part le contenu et la conduite des entretiens avec le psychiatre.

A. - **Observation « Gérard M ».**

Attitude du malade et du psychothérapeute

Nous ne pourrons décrire dans les lignes suivantes, la psychothérapie dans toutes ses phases, elle naît et meurt dans le cabinet du médecin. Nous tenterons d'être aussi

fidèle qu'il se peut en mettant en relief les points essentiels.

Rappelons-nous l'arrivée de M. M..., son esprit en détresse, dans un désarroi total : le médecin se présente à lui comme le dernier et le seul sauveur. Un transfert immédiat de mauvaise qualité, certes, s'établit. Des questions fusent en même temps que l'explication de ses symptômes. Le médecin est-il catholique ? Ce rempart, ce sauveur aurait encore plus de force magique pour arrêter le rythme désordonné de ses pensées, il serait encore plus préservé de l'enfer et aurait contracté une nouvelle assurance sur la vie éternelle. Refus absolu du thérapeute de lui donner cette explication, et la question pénible lui est posée : « Voulez-vous faire un véritable travail pour votre guérison ? » Le malade accepte tout pour être délivré, même et surtout d'aller en clinique. Devant un refus catégorique d'accéder à son désir, il mobilise un médecin qui apporte sa science pour affirmer la situation absolument impossible. Devant un nouveau refus, M. X... demande une consultation quotidienne pour être apaisé vite et recevoir « sa ration de morphine morale ».

Les trois premiers jours furent consacrés, d'une part à l'explication de ses symptômes, au déroulement de sa journée, et d'autre part, à l'analyse par le psychiatre du mécanisme profond de l'obsession, qui lui montre d'emblée que le contenu de l'obsession importe peu; il s'agit d'une mauvaise attitude en face des problèmes de la vie, cause profonde de sa névrose. Mais le malade jouait sur deux tableaux, il continuait ses visites auprès de ses directeurs spirituels, voulait une sécurité sur le plan théologique et suivait régulièrement les consultations médicales.

Le psychiatre vit ensuite le malade tous les deux jours pendant trois semaines, enfin deux fois par semaine,

temps pendant lequel le psychothérapeute se substitua progressivement à ceux auprès de qui le malade cherchait une sécurité illusoire (tout en le laissant entièrement libre) et lui précise qu'il doit trouver un certain degré d'autonomie pour espérer la guérison.

Les entretiens se faisaient sur le mode amical : le médecin parlant peu et écoutant avec patience le récit des rites interminables; on doit accepter au début d'une cure d'être une bouée de sauvetage permettant au malade de s'accrocher à une personne, et ainsi le psychiatre remplaça les autres appuis de mauvaise qualité que, dans son désarroi, G. M... recherchait; mais l'obsédé est ambivalent, ses réflexes anxieux, il venait avec régularité et ponctualité aux séances, en même temps, il reprochait véhémentement à son médecin de ne pas lui donner une ration d'assurance suffisante.

L'attitude de ce dernier était toujours la même : « Vous êtes libre, vous ne trouverez un peu d'apaisement que lorsque vous aurez fait votre autonomie. »

L'O. continuait ses rites et ses actes conjuratoires et allait de façon épisodique chez ses directeurs de conscience. Cette attitude ambivalente changea un peu au bout de trois semaines. Il commença à se sentir compris et déclara avoir passé deux bonnes journées — période heureuse suivie de quelques paroxysmes obsessionnels —. Les journées heureuses, c'est-à-dire sans trop de rites conjuratoires, se reproduiront. La famille est moins alarmée; M. M... n'admet pas qu'il y ait progrès.

Une habitude s'installa dans les visites suivantes : un besoin de voir « son médecin », de lui expliquer et de lui répéter : « J'ai passé des journées affreuses, je suis découragé, vous n'arriverez à rien avec moi, ne perdez pas votre temps » — avec de temps en temps des rechutes et des poussées d'anxiété un peu agressives. Parfois on sentait des résistances supplémentaires que le malade ne

pouvait expliquer; il notait cependant un parallélisme entre ses poussées obsessionnelles, anxieuses, et les moments où il s'écartait du thérapeute. Dans son maintien et sa présentation, il donnait l'impression de l'homme torturé par la douleur qui vient implorer une bouffée d'oxygène ou une piqûre de morphine.

Vers le troisième mois, une crise d'anxiété plus violente éclata, sans brutalité toutefois, M. M... est un galant homme, il proclama qu'il ne progressait pas. Quelques jours après avoir reconnu jouer le double jeu — prêtre-médecin — il dit douter de ce qu'on lui raconte.

Au quatrième mois, il fut moins inquiet, mais n'a pas modifié ni ses rites, ni sa mentalité conjugale. Le transfert devint bon, il a mieux compris le travail qu'on lui demandait. « J'ai passé huit jours en paix, je vais mieux », affirme-t-il le cinquième mois. En réalité, les quatre ou cinq jours qui suivent l'entretien sont bons et l'effet apaisant de la thérapeutique s'estompe ensuite.

Pâques approchant il veut « pour une fois » une consigne précise : doit-il communier ? Le thérapeute garde toujours la même ligne de conduite : « Vous êtes libre, communiez, vous ne serez ni mieux, ni plus mal qu'avant... La confession ne changera rien à votre état. » Il se confessa et communia : mais la sainte hostie aurait pu être fractionnée, un fragment aurait pu se déposer dans une dent cariée... le mouchoir passé furtivement sur les lèvres aurait pu entraîner la parcelle sacrée... et une petite recrudescence obsessionnelle se fait jour.

Après ce nouvel orage, notre malade ne retomba pas dans le désarroi que nous avons décrit au début de ses entretiens. Au contraire, à partir de ce rash une bonne attitude s'installa. Il ne chercha plus auprès du psychiatre des consignes ni des protections — il s'efforça de comprendre et tenta de progresser lui-même. Ses obsessions

sont moins impérieuses; un certain nombre de rites persiste auxquels il lui en coûtait de ne plus sacrifier.

Durant cette psychothérapie, quelques résistances freinent la progression du malade, il ne comprend pas pourquoi l'observation de ses rites, qui sont des marques de *respect* à l'égard de Dieu, l'empêche d'avancer et de guérir.

Pas à pas les obstacles s'effacent, l'approche des vacances et l'abandon inévitable de son psychothérapeute pendant deux mois ne lui font pas peur. En juillet-août, il prend du repos en famille et participe au pèlerinage national à Lourdes, se baignant même dans l'eau de la piscine qu'il sait polluée. Est-il guéri ? Non, mais il est en bonne voie, il garde simplement la valise contenant son missel où des parcelles d'hostie pourraient être collées aux pages; l'angoisse a disparu, le rythme obsédant aussi. De plus, ses selles, qui étaient diarrhéiques depuis dix ans, sont redevenues normales.

En résumé : Le médecin accepte ouvertement de prendre en charge le malade, mais en excluant par principe toutes les autres dépendances, et en laissant toujours l'obsédé entièrement libre de ses actes. On évitera de lui donner des consignes ou des assurances qu'il recherche et qui ne pourraient qu'augmenter son système d'autoprotection.

Dans un troisième temps, on lui expose brièvement les bases du travail, en résumant les éléments importants du matériel psychologique qu'il apporte. Il pourra ainsi entrevoir les caractéristiques de son attitude fondamentale d'obsédé. Après une analyse essentielle de son passé, on abordera les préoccupations présentes, technique que nous allons essayer de dégager en expliquant le contenu des entretiens.

Contenu des entretiens

Nous nous permettons de réaffirmer la difficulté de relater avec loyauté une psychothérapie lorsque l'on ne veut pas faire un roman, mais une narration à peu près exacte d'une cure déjà ancienne de un an.

Le premier entretien consacré au malade fut pour le thérapeute la prise en charge de ce malheureux torturé par une insécurité permanente. « J'accepte de vous soigner. Vos obsessions ne sont que des scories d'un vice plus profond, d'une inadaptation générale à la vie. » Voici en substance la teneur de cette première consultation. Dès la deuxième séance, on aborde l'analyse, le début de l'analyse de son passé. Le malade sent déjà le sérieux, la conscience de son protecteur, et éprouve une joie à se raconter. « Ce qu'on dit de son enfance est toujours poésie », disait Renan. Le transfert s'affermit au rappel des jeunes années. Les premiers souvenirs revivent dans l'esprit de notre malade et leur évocation lui permet de retrouver son affection quelque peu tyrannique pour sa mère, avec déjà une ambivalence : dépendant certes, mais aussi très boudeur. Sa mère lui suscitait une admiration infinie. Il ne peut la juger. Son père était lointain, inaccessible. Le médecin écoute avec sympathie, souligne cette affection profonde et hypercaptative pour sa mère. Le malade se sent compris et de lui-même évoque sa jalousie à l'endroit de son frère lorsque sa mère avait des marques d'affection pour tous deux. Il ne pouvait déjà partager son amour. L'entretien se termine.

L'analyse psychologique de l'enfance n'a pas essayé de faire remonter à la surface les bas-fonds vaseux de son moi très profond, d'autant plus, comme le disait le pape Pie XII en juin 1952, que « la nécessité thérapeutique d'une exploration sans borne au demeurant n'est pas prouvée ».

D'autre part, l'évocation des souvenirs sexuels ne parut pas nécessaire, puisque nous ne faisons pas de la névrose obsessionnelle une maladie de la libido refoulée.

Les séances se succèdent et l'on aborde très vite la première manifestation de la *N.O.* en quatrième, avec l'apparition des scrupules. Les explications, les souvenirs montent nombreux, cet homme intelligent sent le besoin de se confier mais veut en même temps un mode d'emploi pour poursuivre sa cure pendant la journée. Le thérapeute le laisse libre et lui montre que son besoin actuel de s'accrocher à autrui est le reliquat d'une dépendance infantile vis-à-vis de sa mère, dispensatrice d'amour et de sécurité.

Déjà il faut lui fournir une explication valable, on lui montrera que le type de moi normal est fondé « sur le sentiment de sécurité intérieure, de maîtrise de sa valeur et d'autonomie morale » (Odier).

Au bout de plusieurs mois, lorsque l'analyse des divers aspects de sa personnalité fut avancé, il aborda son attitude à l'égard de son épouse, avoua avoir trouvé et recherché en elle un amour d'une qualité comparable à celui qui l'accrochait à sa mère. Une même sécurité inquiète se dégageait de ces deux femmes. On lui expliqua que son amour fut toujours captatif; au moment seulement où il sut s'immoler, s'oublier pour soigner sa femme, lorsque son amour devint oblatif, ses obsessions furent moins nombreuses. « Qui donc possède l'amour sans le payer son prix ? Quand vous refusez le don de vous-même, l'univers tout entier vous devient avare. » (Tagore).

Ses efforts pour devenir indépendant, pour se sécuriser lui-même se font plus nombreux; il s'éloigne progressivement de ses confesseurs, mais en même temps, il reproche à sa femme d'être incroyante, de ne pas comprendre les motifs spirituels profonds de son obsession. Il veut se mettre en règle avec Dieu mais encore, nous le disions plus haut, pour prendre une assurance sur l'au-delà.

La cure continue avec des alternatives de réussite et d'échec. A ce stade, ses regards se tournent résolument vers la difficulté : il fait effort pour ne pas prendre de précautions et veut substituer une religion d'amour à sa religion de crainte. Cependant, il lui faut encore et surtout aller vers autrui sans en attendre aide et assistance.

Comment ne pas offenser Dieu, demande-t-il à son médecin ? « J'ai peur de ne pas savoir l'aimer. » « L'amour précède toujours la connaissance. » Les voiles se déchirent progressivement, il va mieux. G. M. a compris les causes profonde de sa névrose sans pouvoir encore se passer de son médecin, qui lui indiquera le chemin, rectifiera ses écarts. Cette dépendance est devenue rationalisée, intellectualisée; dépendance « élève-maître » osons-nous écrire. Son désir de passer au crible morbide ses obsessions diminue le jour où il abandonne sa mauvaise optique de la vie sociale. Hyperlogique, il veut être éclairé en tout, ne rien laisser au hasard : comment par exemple, respecter certaines précautions l'empêche de s'épanouir; le psychothérapeute trouve des formules auxquelles il pourra se raccrocher les jours difficiles. « Votre attitude égocentrique de précautions est toujours aux antipodes de l'altruisme rationnel de morale ouverte et adulte que vous ambitionnez. C'est dans l'altruisme que l'homme trouve sa libération. » Cette explication est difficile à intégrer, facile à comprendre. Le médecin patient doit recommencer ses explications, il faut lui faire comprendre que « l'enfer c'est la peine de ne plus pouvoir aimer » (Dostoiewski).

Sa libération, il ne pourra la trouver que dans l'authentique altruisme. Si ses pensées n'ont d'autres préoccupations que sa sécurité physique ou morale, il aura toujours peur de ne pas être satisfait.

Mais, nous semble-t-il, tant qu'il n'a pas vécu dans sa chair et dans son cœur ces vérités, rien n'est fait.

Cependant son éducation chrétienne et son intelligence sont autant d'éléments favorables — nous écrivons trop vite — un îlot de résistance surgit, son caractère masochiste lui fait offrir à Dieu le caractère douloureux de ses obsessions. En réalité, on lui explique de nouveau qu'il n'ira à Dieu que par le prochain. Dans un parler un peu vulgaire, on nous pardonnera cette parenthèse, l'hystérie et l'obsession sont les punitions d'une mauvaise utilisation du prochain; l'hystérique revendique, l'obsédé lance un S.O.S. à jamais insatisfait.

Les vacances approchent, dans une attitude encore infantile, M. M... demande si on lui permet de garder une seule précaution, son dernier retranchement. De lui-même, d'ailleurs, il répond par la négative à son désir, mais pourquoi, pour un si petit détail, régresse-t-il ? Son médecin lui explique que pour être logique, ses auto-protections devraient être infinies. On tâche d'extirper les fausses notions, en particulier celle de confondre masochisme et recherche du bien — il craint de faire sa libération en se débarrassant de ses obsessions et adjoint un caractère mauvais au nettoyage de son parasitisme mental. Sa recherche du salut éternel entraîne chez lui de multiples préoccupations; notre tâche de psychothérapeute est de montrer à ces malades que « celui qui cherche à sauver sa vie la perdra ». Nous n'avons pas le droit de nous interposer entre l'homme, fût-il malade, et Dieu, mais nous avons le devoir de modifier son attitude dans la société des hommes. « Cette dépendance hargneuse », suivant l'excellente expression de M. Bergouignan, doit diminuer à l'égard du médecin. Nous avons la tâche de servir d'intermédiaire entre notre malade et la société.

Il en fut ainsi pour M. M... La psychothérapie se termine, son attachement tyrannique des premiers jours est devenu une amitié solide et équilibrée à l'égard du médecin. Le stade de transfert est dépassé, dans un désir d'altruisme

il veut se donner, s'est fait inscrire à la Conférence de Saint-Vincent-de-Paul, certainement autant par tout le symbolisme d'abnégation, de charité profonde qui se détache de la belle personnalité de Monsieur Vincent que par le bien fait par cette confrérie.

Les commentaires nombreux, les éclaircissements prodigués pendant un an — sans perdre patience — ont permis à un homme de 59 ans jugé inguérissable (trop âgé) par les psychanalystes d'être enlevé des mains trop facilement armées des tenants des thérapeutiques agressives.

Est-il guéri ? Il faudrait, pour répondre avec précision, savoir quelle est la signification exacte de ce terme en psychiatrie. Nous affirmons seulement que son attitude, son comportement ont changé notablement : l'homme dépendant et hargneux, égocentrique et époux insupportable, est devenu, au prix de nombreuses tribulations, orienté vers l'Autre, désireux d'aider son prochain.

Nous n'avons pas été toujours très clairs, mais « les idées claires et distinctes doivent procéder d'idées obscures et confuses, car rien ne naît de rien et rien ne s'anéantit complètement » (LEIBNITZ).

B. - **Observation Thérèse.**

Attitude de la malade et du psychothérapeute

Nous retrouvons Thérèse à sa première consultation : jeune fille de 23 ans, dans un désarroi profond; le médecin décide son entrée en maison de santé, considérant la clinique comme un mal nécessaire. Heureuse de cette solution, il n'y en avait pas d'autre (habite à 200 kilomètres), malgré sa crainte d'être avec des « fous », dans un élan de remerciement un transfert immédiat se constitue. Le médecin est accepté par l'obsédée. Mais d'emblée une

première difficulté surgit — son attitude morale ambivalente, « Je cherche une jouissance où je prends des précautions pour l'éviter », l'a amenée à voir dans son psychothérapeute la source de sa jouissance. Ce dernier lui explique qu'elle déplace le problème en un faux problème : en quelque sorte, elle refuse de voir en lui son médecin. Ceci ne dure pas longtemps mais revient par période.

Nous voudrions ici dévoiler un détail, à notre avis important pour les entretiens qui vont suivre : le médecin gardait une attitude très réservée, s'installant de trois-quarts, l'air pensif, évitant de la regarder, ne donnant pas un support physique à l'objet de son obsession.

A la clinique, son angoisse disparaît assez rapidement, elle entretient des relations cordiales avec les autres malades.

Pendant cette période, elle aperçoit vite les raisons de son attitude ambivalente vis-à-vis de sa mère (agressive et dépendante) et corrige son agressivité. La mère fut heureuse de retrouver sa petite Thérèse d'autrefois, et la traite de nouveau en petit enfant. De sorte que pendant longtemps, elle cherche auprès de sa mère la sécurité et reçoit des consignes rassurantes. Tout ce qui, depuis de nombreuses années, n'avait plus de valeur a repris son importance.

Elle quitte après trois mois la maison de santé et trouve une chambre dans une pension de jeunes filles, tenue par des laïques. Ses compagnes sont assistantes sociales, infirmières, étudiantes... Une grande inquiétude l'accable, on ne s'occupe pas de ses tourments, elle se sent isolée, perdue et tente un petit chantage auprès de sa mère pour revenir à la clinique ou pour partir chez elle. Elle reconnaît toutefois avoir trouvé des camarades sympathiques; superficiellement, son contact social était bon, très synthone.

Les rites l'accaparent, la pensée obsédante ne la quitte

guère. Comment faire sa toilette intime, comment s'assurer que son linge de corps est assez propre ? Elle montre une échopraxie absolue : imite, copie servilement ses camarades.

Elle choisit, en accord avec ses parents, la profession d'assistante sociale et avec les volte-faces et les changements fréquents chez les jeunes, elle se considère guérie et n'a pas plus d'inquiétude que d'autonomie d'ailleurs.

Elle retourne à X..., les premiers jours sont délicieux, puis les paroxysmes d'anxiété se font plus nombreux, l'insécurité est totale, aggravée par les maladresses de sa mère. Pendant cinq mois, elle reste dans son milieu familial dans un état comparable à celui du début de sa cure. Peut-être moins ambivalente à l'égard de sa mère, mais son agressivité s'était reportée sur le psychothérapeute.

A l'occasion de cette expérience de cinq mois, la tentative de chercher la sécurité par tous les moyens lui fait entrevoir qu'elle court à un désespoir de plus en plus grand, et la ramène à de meilleures dispositions envers le thérapeute. Dans son foyer, son père lui a prouvé que le choix de son métier n'est pas judicieux; sa mère la cajole, la berce, aplanit les difficultés, répond à ses désirs; on décide tout de même de la ramener à Bordeaux.

Elle commence son année scolaire, s'inscrit dans une école d'Assistantes sociales de la ville, et ses débuts sont assez favorables. Elle se déclare bien à chaque psychothérapie, mais en fouillant un peu sa semaine, on s'aperçoit qu'elle est, suivant les jours, très sérieuse dans son travail ou bien fait tout « par-dessous la jambe ». Ni une attitude ni l'autre ne la satisfont. Elle entre dans les hôpitaux, attachée à un service de chirurgie : la sœur lui apprend la technique des piqûres. L'œil en éveil, elle observe que la sœur opère avec moins d'asepsie qu'elle-même et elle en éprouve du soulagement et du plaisir.

Gloutonne comme un bébé, elle ne sait pas guider son appétit à cette époque.

Son premier stage hospitalier est terminé, elle découvre des malades nouveaux, une autre sœur, une ambiance différente et ce dépaysement lui coûte. Dans ce nouvel émoi elle ne peut exprimer de difficultés majeures, mais elle sent le besoin de sa mère et ne comprend pas que c'est une reculade. Le découragement fait suite à l'enthousiasme des premiers jours, mais la sœur, avec bienveillance, lui explique qu'il ne faut pas prendre tout à la lettre, et, pendant huit jours, le calme semble revenu. Son désir de changer de métier revenait souvent dans les séances, on lui fit admettre rapidement qu'il en serait de même si elle envisageait une autre situation.

Elle comprend enfin après plusieurs mois la cause profonde, l'erreur cardinale de sa névrose : une dépendance vis-à-vis de sa mère ou de ses substituts et saisit la nécessité de faire son autonomie pour envisager une guérison.

Contenu des séances de psychothérapie

Plusieurs séances du début en clinique eurent un seul but : laisser exprimer et connaître l'intensité de son angoisse; mais il fallut très vite lui faire accepter sa sexualité. Thérèse revenait sans cesse sur les privautés qu'elle eut dans son enfance avec son frère. Faire prendre conscience et enlever le caractère tabou à la libido d'une jeune fille torturée par ses souvenirs, est une rude épreuve pour le psychothérapeute. Elle croyait que c'était le problème central de sa vie et nombreuses furent les idées d'auto-accusation exprimées. Le psychiatre put, après quelques entretiens, ramener ses souvenirs à leur juste valeur et lui exposer avec clarté la puissance extrême de son amour enfantin et exclusif pour sa mère. Une bonne confiance s'établit, duo indispensable à toute psy-

chothérapie valable. Des précisions sont apportées par la malade sur ses premières impressions dans le foyer familial : ce fut elle qui préféra sa mère, n'eut même pas une attitude boudeuse dans son enfance. Le psychiatre insiste sur la nature et la force de cette dépendance, facilement admise.

Elle demanda des explications sur la valeur et les raisons de ses oscillations morales. Avec son médecin, Thérèse reconnaît avoir eu ses premières manifestations au temps où se créa son éthique personnelle. Sa mère ne sut pas lui faire comprendre la nouvelle vie commençante et lui faire apercevoir la vraie vie morale hors des directions du monde-abri parental. Sa sociabilisation en souffrit plus tard. Pour tout cela elle devient hostile et, comme le lui fait remarquer son médecin, c'est par une passion déçue et par dépit qu'elle en vient à plaindre son père d'avoir épousé une telle femme ! Lasse de s'analyser, elle voudrait savoir comment sortir de cette impasse. Le conseil lui est donné : « Réalisez votre autonomie, soyez plus indépendante. »

Mlle X... suivait avec avidité les directives et partait rassurée. Un jour elle arriva avec une inquiétude indicible, elle craignait de faire pénétrer des microbes dans le vagin des bêtes. On ramena à sa vraie valeur cette obsession, « la seule faute est dans la recherche insatiable de la sécurité par autrui ». Les problèmes sexuels profondément ancrés et fichés en elle lui laissent un sentiment pénible; elle craint surtout de rappeler à son frère les souvenirs de leurs amusements érotiques. Si le médecin n'absout pas à la manière des psychanalystes ses soucis, il lui montre qu'il y a là une mauvaise attitude. Ceci n'est qu'une superstructure. Thérèse revint chez elle en pensant être guérie.

Puis suivent cinq longs mois d'obsessions quasi-constantes avec des moments de découragement intense. Plus

ou moins confusément, elle se sentait en faute de ne plus revenir et de créer sa propre névrose en se refusant aux soins.

Au retour, son attention, son vouloir de guérir semblaient meilleurs, et le psychiatre aborda le problème que nous soulignons : toute recherche de sécurité est un obstacle à son épanouissement. Elle répondit avec une hargne mal contenue que sa crainte de répandre des microbes avait un but essentiellement altruiste. La fin de la séance va lui montrer que très au fond de sa conscience elle est agie, comme le dit Bergson, par la crainte de la justice divine. Et elle commença à entrevoir une forme de morale ouverte.

Huit jours passèrent; elle dit avoir compris, mais elle va à la dérive et n'a plus de règles pour se référer, pour s'accrocher dans l'action. Son effort de travailler plus vite est soutenu.

Notre tâche est de *soutenir* son effort; elle entrevit que cette recherche de mille précautions nuisait à un bon rendement. Son assurance crût, un cloisonnement restait : elle prit des risques pour aller plus vite, mais elle se posa un problème tragique : où est le risque juste, où se trouve le risque osé ?

La mère, avec son amour de brave femme, freina les progrès. Lorsque sa fille affirmait son linge pestiféré, elle haussait les épaules en disant que c'était ridicule, et « ça l'aidait beaucoup », affirmait Thérèse.

Déroutante par son instabilité et ses retours en arrière, son attitude vis-à-vis d'autrui est plus valable. La préparation de l'examen de fin d'année l'absorbait, un peu tendue comme ses amies, elle le réussit de manière brillante. Pour se reposer et pour se donner à des enfants, elle profita de ses vacances pour faire une colonie. Une carte reçu par son médecin montra que sa cure a évolué favorablement.

Si nous faisons appel aux notes prises en cure et à nos souvenirs, cette jeune fille, dont la psychothérapie fut malaisée, a su se libérer assez vite de sa dépendance hargneuse ou plus exactement de sa hargne pour rester toujours dépendante. Dans une période de six mois, elle resta à « méditer et à exprimer ses obsessions ». La psychothérapie sut lui enlever son angoisse, et ses désirs de parvenir à son autonomie nous ont donné l'impression d'être vraiment intégrés dans son cœur et dans son esprit.

Elle a fort bien compris, comme le fait remarquer Saint Grégoire de Nysse, dans « Vita Moysis », que :

« Chacun de nous naît par son propre choix... et nous sommes en quelque sorte nos propres pères, parce que nous nous enfantons nous-mêmes tels que nous le voulons. » (St Grégoire de Nysse, « Vita Moysis », p. 6, XLIV, 3.276.)

Otto Fenichel s'accorde avec nous pour penser que la thérapeutique de la *N.O.* est très difficile et que l'on doit « souvent se contenter d'un degré plus ou moins élevé d'amélioration ».

PSYCHOTHERAPIE DE LA N. O.

« Il ne saurait y avoir de psychothérapie sans contact, sans communication avec le malade, tandis que toute thérapeutique biologique apparaît comme une « intervention » qui vise le biologique, c'est-à-dire ce qui, en l'homme, n'est pas reconnu directement comme humain, et en elle-même accentuerait plutôt la distance thérapeute-patient. » (1).

Ce contact humain essentiel à toute psychothérapie pourra se faire de trois manières différentes.

---

(1) Palmade : « La psychothérapie », P.U.F., 1951.

La psychothérapie d'invigoration.

L'homme de science — le médecin — se servira de son prestige pour donner aux malades des consignes précises, acceptées d'ailleurs avec reconnaissance. En somme, le psychiatre accepte la dépendance du malade et l'utilise pour promouvoir une activité. Mais cette psychothérapie sera « purement symptômatique, car elle ignore la cause inconsciente des symptômes » (2).

La méthode Vittoz (3) fut employée, suivant Montandon (4), avec succès. Les éléments de cette technique peuvent se décomposer en : exercices de la conscience, exercices de concentration, exercices de volonté.

Les exercices de conscience feront appel à la vue, à l'ouïe, au toucher et au mouvement. Le malade doit « sentir » la couleur que le médecin lui suggère. « Si le malade laisse entrer en lui cette impression, cette effluve pourrait-on dire, et la ressent, il est incapable, au même instant, d'avoir l'esprit ailleurs. Son cerveau n'aura été, ne fût-ce qu'un laps de temps très court, à « l'unité ». On procède de la même manière pour le toucher, l'ouïe et le mouvement.

Le médecin procède ensuite aux exercices de concentration. Le malade devra « lancer un courant » dans une région de son corps et pensera par exemple à son épaule droite..., son pied gauche..., il prendra conscience ainsi de telle localisation précise de son anatomie. Ensuite il tracera par imagination le « dessin » indiqué par le psychothérapeute (spirale, rosace, crochet...).

Les « exercices de volonté » termineront la cure. Pour Vittoz, la volonté nécessite trois qualités : elle doit être

(2) Dalbiez : « La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne », Desclée de Brouwer.

(3) Vittoz : « Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral », Baillière, Paris.

(4) Montandon : « Technique du traitement de la psychasthénie par la méthode Vittoz », Baillière, Paris 1942.

précise, possible, sincère. L'obsédé prendra plusieurs volontés chaque jour et se posera trois questions : quelle volonté vais-je prendre ? Est-ce possible ? Est-ce que je le veux sincèrement ? Et ainsi, par ces exercices, une habitude volontaire va s'instituer.

Cette méthode d'invigoration prise parmi bien d'autres, nous semble convenir, à quelques modalités d'indications près, chez le débile petit obsédé. Nous avons eu pour notre part le loisir de suivre pendant plusieurs années, dans des centres de rééducation, des adolescents et adolescentes, pour la plupart débiles. Parmi eux, plusieurs présentent de petits états obsédants, et le seul bien que nous avons pu leur fournir fut dans une invigoration constante et par l'éducation de leur volonté. Mais ces thérapeutiques « ne sauraient cependant être considérées comme satisfaisantes dans tous les cas. Au contraire, il peut arriver qu'elles satisfassent les tendances névrotiques. Dans ce cas, le traitement se déroulera souvent parfaitement lorsqu'on en sera à ses premières parties, pour se « bloquer » au moment où il devrait s'achever. Dans d'autres cas, on assistera à un simple déplacement des symptômes. Enfin, il arrivera que les malades puisent dans les détails de la technique elle-même l'occasion de nouveaux accidents. » (Palmade).

Psychotérapie de démonstration.

Dans ce type de psychothérapie, on donnera aux malades une idée exacte de leur maladie, on leur fera comprendre qu'ils ne souffrent pas d'une affection organique. Le but ne sera pas de s'attaquer à l'explication des obsessions. En transposant une formule de Binswanger : « Dans le délire ce qui importe ce n'est pas le thème du délire, mais l'attitude délirante », nous dirons dans l'obsession, ce qui importe, ce n'est pas le contenu obsessionnel, mais l'attitude de l'obsédé. Le malade dera apercevoir que son

oscillation mentale, le doute obsédant, sont conditionnés par une attitude psychologique inadéquate. On soulignera la dépendance, le besoin d'appui, source d'insécurité qui fait la trame de leur vie, et le médecin mettra l'accent sur la situation présente.

Mais « on ne les guérit que lorsqu'ils arrivent à croire en nous. Je suis — disait Dejerine — convaincu que dans le domaine moral, aucune idée n'est admise à froid, c'est-à-dire sans un rapport émotif qui la fait accepter par la conscience, et partant, qui entraîne la conviction », d'où la nécessité d'un excellent transfert. Ce type de psychothérapie conviendra à certaines névroses obsessionnelles accidentelles. Parfois elle sera dangereuse, en particulier dans certaines névroses plus profondes; un contact affectif de bonne qualité peut s'établir avec le psychiatre, le malade se sent compris, soutenu. La cure terminée, abandonné à lui-même, il retombe dans un désarroi profond et peut se suicider pour échapper à ses problèmes.

L'obsédé, avant la fin de sa cure, devra sortir de son transfert; puisse-t-il écrire une lettre comparable à celle adressée à Parcheminey par une ancienne malade : « Je suis le conducteur que l'on a mis à la tête d'une nouvelle machine, me voici seule devant le problème de la vie, car l'image de mon docteur n'est plus qu'une ombre se retirant. Je dois le résoudre avec du courage bien appliqué et laisser jaillir toutes sortes de bons sentiments que j'enfante dans le sacrifice et qui sont de nouveaux venus. »

Psychothérapie de compréhension.

Nous acceptons de désigner ainsi une psychothérapie où malade et médecin acceptent de s'engager dans un travail prolongé qui vise au fond à la rénovation de la personnalité psychologique. Ce qui implique que le médecin ne se résigne pas à un rôle totalement passif, sans pour cela donner des consignes. Le principe même de ce

traitement psychologique sera de faire communiquer le malade avec le monde, de lui montrer qu'il n'est pas incompris.

Nous ne recourrons pas à l'interprétation des rêves ni aux associations libres. Par des conversations, le malade apportera en général avec un luxe de détails, ses inquiétudes. Le médecin se contentera d'indiquer sobrement les lignes essentielles : c'est l'attitude qui importe, et il soulignera par où cette attitude fut et est encore inadéquate.

On ne peut établir un protocole rigoureux de ces colloques. Notre schéma s'éclaircira beaucoup avec l'exposé de notre conception de la psychogénèse de la névrose obsessionnelle. Mais nous devons d'abord indiquer les particularités de la relation personnelle malade-médecin dans cette névrose.

L'établissement du transfert.

Le médecin représente de façon plus ou moins consciente aux yeux du malade l' « Autre ». Nous retrouvons son ambivalence affective qui le conduira à une dépendance tyrannique et en même temps à une agressivité (le plus souvent voilée). Cette hargne se manifestera parfois sous la forme d'une déception grandement majorée et d'une dépréciation de la cure. Ils expriment ce discrédit dans leurs conversations sous forme de récriminations. « Vous restez toujours calme vous... vous me faites du mal... vous me conduirez au désespoir... je gardais l'espoir de guérir spontanément, comme on me l'avait dit, et vous me faites prendre conscience d'impossibilités internes... » Parfois cette volonté de discréditer la cure s'exprime par des appréciations laudatives sur d'autres méthodes thérapeutiques qui « ont réussi dans des cas analogues ». Ou encore l'obsédé ira consulter en même temps des empiriques, des homéopathes, des charlatans, ou bien ira chercher secours auprès d'autres per-

sonnages — le confesseur par exemple — dans les obsessions morales. Il veut exiger du psychothérapeute une attitude conforme à ses aspirations infantiles : « Il vous serait si facile de me rassurer sur ce point, de me dire ce que je dois faire. »

Aucun progrès tant que cette agressivité ou que les résistances sont intactes. Chaque rechute implique une nouvelle résistance, bien que le malade ne le reconnaisse pas volontiers et l'attribue à l'activité accrue de sa névrose. Une attitude patiente et sereine du médecin permettra de soulever cette résistance, de la considérer avec sincérité et d'en apercevoir les motivations affectives.

Un grand progrès est fait quand surviennent des éclairs de sincérité totale à l'égard du médecin (antichambre du monde libre), ce qui implique un plan nouveau d'où l'agressivité est exclue : « Je jouais le double jeu... je sens que mes précautions fixent mon obsession... »

Cependant, le psychiatre devra se méfier des faux progrès : « Je sens que je vais mieux », dira l'obsédé volontiers, pour se dispenser d'une étape nécessaire et pour ne pas désespérer le médecin dont il a besoin.

La plupart de ces attitudes négatives se retrouveront avec une force accrue au delà d'un certain âge, ce qui fit souvent renoncer à une psychothérapie après 40 ans. Nous avons tenu à montrer une observation de cure chez un homme de 59 ans, où tous les éléments négatifs existaient. Le malade peut présenter une autre difficulté : un défaut d'anxiété et de volonté de guérir. Très vite satisfait du stade atteint, il s'installe dans la psychothérapie et le médecin devient une proie supplémentaire dans son jeu de précautions et de puissances tutélaires. Que faire ? Interrompre la cure et profiter du désarroi créé par cette situation.

Le deuxième aspect de l'attitude obsessionnelle qui

conditionne certains principes de cure est la dépendance. A côté de l'agressivité, plus profondément qu'elle, puisque nous considérons qu'elle en est la condition première, nous retrouvons cette dépendance, ce besoin d'appui, ce désir de faire endosser par d'autres ses propres responsabilités, dont nous avons évoqué les origines biopsychologiques premières.

Le malade soumet au médecin son doute obsédant avec une précision qu'il ne trouve jamais satisfaisante, pour le faire prendre en charge par quelqu'un « ayant autorité ». Il n'admet pas facilement de ne pas voir discuter le contenu de son obsession. Dès le commencement, le médecin doit lui faire apercevoir l'expression plus ou moins intellectualisée d'une insécurité profonde, elle-même conditionnée par une attitude psychologique très anciennement viciée : l'obsession ne se raisonne pas, elle disparaît quand l'attitude psychologique a été rectifiée.

Il n'empêche qu'à chaque conversation, le malade apporte ses problèmes et ses questions, sachant qu'il ne recevra ni consigne, ni assurance, bientôt il se contentera de les exposer et s'estimera suffisamment couvert en ayant soumis son inquiétude.

Le psychiatre accepte momentanément de jouer ce jeu en soulignant que ce rôle tutélaire — prêté malgré lui par le malade — n'est qu'une phase provisoire, permettant une certaine progresssion vers une sincérité plus grande dans le travail entrepris. C'est ce même appétit de dépendance qui doit être présent à l'esprit quand on fixe le rythme des séances de psychothérapie. L'expérience montre que l'on doit progressivement les espacer, car il faut apercevoir à un moment donné que le problème majeur va résider dans la « névrose de transfert » et préparer le moment où la psychothérapie devra être interrompue.

Nous voyions dans une cure deux périodes.

1° **Période explicative :**

En étudiant les deux observations de Gérard et de Thérèse, nous avons montré comment, au début de notre cure psychothérapique, nous demandons aux malades de nous parler de leur enfance. Nous tâchons de leur faire apercevoir les premiers éléments de leur dépendance à l'endroit de leur mère ou de leur grand-mère. Nous soulignons ses recherches pour assurer leur sincérité dans l'abri maternel au stade où s'établit normalement le contact avec le monde.

Si un sujet les « accroche », le récit de leurs premières joies, de leurs découvertes..., nous nous devons de les écouter avec bienveillance. Nous suivons avec eux, l'évolution de leur conscience morale : leur morale restera rivée aux lois des adultes et ils ne pourront arriver à l'édification d'une éthique personnelle. Les obsédés sont rarement réticents et aiment se raconter, sans comprendre d'ailleurs les besoins de ce retour au passé. On leur répond que cette première éducation et leur premier comportement a conditionné leur développement psychique ultérieur. On les aidera à retrouver ce que nous avons étudié dans le mécanisme de l'obsession.

Dans un colloque plus précis, le médecin et le malade étudieront les moments « floculants », par exemple la communion solennelle (coïncidant avec l'affirmation du moi et un problème religieux), leur réveil sexuel (avec les premières expériences, bonnes ou mauvaises), leur engagement dans la vie, leur mariage, etc... et ainsi, pas à pas, on arrive à leur attitude présente avec l'explication primordiale : le point fondamental c'est un besoin d'appui insatiable qui les a empêchés de faire leur propre sécurité — plus ils dépendent d'autrui, davantage ils craignent pour leur sécurité. Leur premier travail est de réaliser leur « autonomie » : pour y parvenir, ils devront se libérer

de leur hostilité. Les obsédés pourront ainsi passer à une attitude véritablement altruiste.

Une bonne compréhension des origines de la névrose est absolument nécessaire, mais pas suffisante. Jung (1), parlant d'un de ses malades, dit non sans raison : « Je dûs lui avouer après lecture, que s'il suffisait au malade pour guérir de comprendre la structure causale de sa névrose, il devait incontestablement être délivré de ses maux. S'il ne l'était pas, cela provenait sans doute de quelque erreur cardinale concernant son attitude générale à l'égard de la vie et située apparemment en marge de l'étiologie symptômatique de la névrose. »

Nous devons aller plus à fond. Si l'obsédé n'est pas guéri, le médecin vient de lui fournir les éléments nécessaires à une collaboration sincère et étroite. Quelquefois, à cette période, le névrosé a pu donner « des coups d'épaules » pour passer par-dessus l'obsession inhibitrice par une sorte de réaction de l'instinct vital pour transgresser un rationalisme freinateur. Jamais ces « coups d'épaules » ne le satisfont : il a le sentiment immédiat qu'il en prend à son aise, et ce sentiment induit une nouvelle poussée obsessionnelle. Ces efforts ne sont possibles de façon durable que si telle ou telle situation vitale porte au paroxysme l'instinct de vie, d'où une véritable compétition des instincts. C'est ainsi que pendant les guerres où l'on s'entretue, les névroses obsessionnelles s'évanouissent (E. Bleuler).

A côté de ces coups d'épaules, au même moment et à la place, l'obsédé se livrera de nouveau à des raisonnements qui pèsent interminablement le pour et le contre — et aboutiront après bien des détours, bien des rites, à un acte jugé licite — mais ils s'aperçoivent que commencer des raisonnements c'est s'engager dans un labyrinthe

(1) C.-G. Jung : « L'homme à la découverte de son âme ». Ed. Mont-Blanc.

sans fin. Notre malade perçoit que les rites de protection et de réparations ne font que fixer l'obsession sans apporter de sécurité, mais il ne peut s'y soustraire, et avouera même que son intelligence féconde s'est complue dans des raffinements dont il éprouve quelque fierté intérieure. Au moins dans un certain milieu, il ne s'épargnera aucun rite humiliant ou pénible et ce caractère douloureux le rassurera sur la valeur morale de son comportement. Nous reviendrons plus loin sur ce masochisme de l'obsédé.

Cependant, dans la nouvelle relation humaine où il s'est engagé après bien des réticences pour éluder les vrais problèmes, bien des résistances et des réactions hostiles, l'obsédé est désormais animé d'une meilleure volonté de guérir et du désir d'être plus sincère avec lui-même. La relation affective avec son médecin et son entourage a grandement progressé.

Déjà quelques rites obsédants ont disparu; l'entourage a noté une transformation que le malade ne reconnaît pas volontiers, car il ne veut pas risquer d'être considéré prématurément comme amélioré.

Ces progrès doivent être attribués à la sécurisation provisoire du transfert.

Mais on voit attaquer de front le problème fondamental, celui même qui, inséré dans les couches profondes de l'être, a conditionné tout l'enchaînement des attitudes fausses : la peur pour sa vie physique ou éternelle. Il ne suffit pas de dire que c'est une attitude infantile, mais provoquer la transformation de notre malade si vraiment il désire guérir.

2° **Rééducation affective :**

Jetant un regard en arrière, nous craignons d'avoir trop insisté sur les fautes éducatives de la mère et avoir un peu passé sous silence la composante subjective de l'obsédé lui-même.

Il nous faudra réenvisager avec notre malade sa conception des relations humaines. Son amour égocentrique sera réétudié à la lumière de sa nouvelle sincérité, facile après quelques mois de thérapeutique. Il faut lui faire convenir de sa mauvaise utilisation du prochain et sans vouloir faire de morale nous lui promettons sa délivrance dans le véritable amour fait de don et d'oubli de soi-même : « Aimer, c'est donner de sa surabondance; c'est, au lieu de se rétracter en soi-même, s'épancher et étendre son intérêt et son action à tous; activité qui suppose un plus haut degré de vie que l'égoïsme. L'égoïste peut bien, en effet, s'agiter davantage et paraître plus affairé, mais il n'attire tout à lui que pour combler un vide sans cesse renaissant; c'est un pauvre insatiable condamné toujours à de nouvelles déceptions » (de Montcheuil).

A cette période ils se heurteront à une nouvelle barrière, entrevoyant leurs rapports incomplets avec autrui, dans le souci de faire plaisir à leur médecin, ils peuvent se lancer dans un faux altruisme et y trouver leur compte : « Le déploiement de leur activité sociale dissimule une incapacité à fixer leur attention sur eux-mêmes, sur les problèmes de leur vie propre et sur leurs propres obligations... C'est un refus de se regarder soi-même qu'on prend ici pour de l'amour. » (1). Avec patience et, si l'on peut, avec luminosité, nous dirons avec des phrases claires, l'attitude que l'obsédé doit avoir en face des humains.

A l'égard de leur femme, de leurs proches, il leur faut briser cet attachement égocentrique et avoir eu aussi un amour oblatif visant à aider, à soutenir et à protéger l' « Autre ». Leur conception de l'amour est fausse, ils sont rapides à se décourager, étonnés de ne pas voir le monde s'ouvrir à eux avec plus de facilité. Cet effort leur sera très pénible et ils croiront ne pas pouvoir trouver

---

(1) Scheller (ouvrage cité).

des ressources d'énergie suffisante pour arriver à la Charité. Cependant, « l'Amour n'a aucun rapport avec la force » (Phèdre, Platon), ils reconnaissent ne pas être persévérants.

Pour leurs préoccupations métaphysiques nous aimons faire une déclaration : une préoccupation théocentriste ne peut jamais conduire à un état obsessionnel. Loyaux, ils peuvent admettre que par conséquent c'est le contraire de leur recherche : en Dieu ils veulent trouver leur sécurité. On ne peut concevoir un être authentiquement égocentriste et théocentriste. Nous dûmes aussi expliquer à Gérard M... le caractère de son masochisme — rappelons-nous, il offrait le caractère douloureux de ses obsessions à Dieu — c'est par un faux jansénisme qu'il en arriva à confondre la souffrance et les valeurs morales.

Le jeune psychiatre sera vite découragé de la lenteur de cette cure, les malades ont des rechutes, n'entrevoient la vérité et le seul chemin de l'équilibre que par instants; le sage Tao disait déjà : « On ne peut demeurer longtemps sur la pointe des pieds. » Parfois ils connaîtront encore les pensées parasites, nous leur expliquerons que cette longue habitude névrotique a créé chez eux de véritables frayages, des facilitations par une sorte de mémoire biologique — un retour en arrière entraîne toute une série de souvenirs, et ils auront besoin d'une attitude très rationnelle pour dominer ces périodes.

Guéri, l'ancien névrosé gardera une manière de penser originale. Sa personnalité devenue autonome, c'est-à-dire non dépendante, n'aura plus pour autrui comme pour Dieu une soif inextinguible. Et nous lui donnerons un conseil final : « Aime et fais ce que tu veux » (Saint Augustin).

Il est dangereux de trop faire voir à l'homme combien il est égal aux bêtes sans lui montrer sa grandeur. Il est encore dangereux de lui trop faire voir sa grandeur sans sa bassesse. Il est encore plus dangereux de lui laisser ignorer l'un et l'autre. Mais il est très avantageux de lui présenter l'un et l'autre.

PASCAL

Pensées II XI.

REFLEXIONS EN MARGE DE LA THESE

La psychothérapie de compréhension telle que nous l'avons présentée peut paraître superficielle si l'on tient l'homme pour une simple unité biologique, dont les seuls besoins biologiques doivent être satisfaits. Notre but n'est pas de nier la toute-puissance de la vie instinctive, « nous affirmons seulement qu'au commencement de toute vie psychique il y a l'instinct et que là où n'existe pas un ensemble d'énergies instinctives fondamentales, réserves d'impulsions et de désirs, réserves d'énergie mystérieuse, aucune vie supérieure ne peut s'épanouir en l'âme humaine » (1). Mais nous ne voulons pas ramener l'homme à ses seuls instincts.

En guise de conclusion, nous désirons exposer dans les quelques lignes qui vont suivre, les racines profondes de notre conception de notre « frère humain ». Nous n'essaierons pas de sombrer dans une philosophie présomptueuse de l'existence — on ne pardonne pas au médecin de jouer au penseur — mais nous ne pouvons pas admettre qu'un psychothérapeute ne se soit pas posé — d'abord pour lui, ensuite pour ses malades — le sens de la destinée.

(1) Etienne DE GREEFF : « Notre Destinée et nos Instincts », Présences, Plon, Paris.

Compétition des instincts.

L'homme équilibré ne sera pas celui qui choisit entre le bien et le mal, mais celui qui saura harmoniser en lui des tendances opposées. Le « psychisme inférieur » va voir se livrer une lutte entre les tendances instinctives de l'être, et une compétition, une hiérarchie nécessaire devra se créer entre les instincts. Pour FREUD et les psychanalystes en général, les « complexes » dérivent d'un événement érotique de la première enfance en butte à l'hostilité d'un monde incompréhensif et malveillant. Après bien d'autres, nous reprochons aux psychanalystes d'accorder le primat à l'instinct sexuel. Pourquoi faire entrer dans la sexualité les périodes décrites sous les noms de stade oral et stade sadique anal ? Pour quelle raison voir pratiquement dans toute l'activité anormale d'un adulte la résultante d'un instinct sexuel malmené ?

Pour notre part, nous pensons que l'instinct primitif, le plus profond de l'homme, est l'instinct de conservation. Les premiers instincts automatiques sont dirigés par ce besoin de vivre (téter, respirer, évacuer). Mais, il se résoud en tendances multiples; parmi elles citons la crainte et l'agressivité... D'abord purement réflexes, la crainte finit par entrer en action pour des motifs qui n'existent encore que dans la représentation mentale du sujet et, de cette manière, la crainte finit par protéger l'avenir, s'étendant aussi bien au domaine moral qu'au domaine physique... Les réactions de défense ne sont pas toujours la fuite et l'immobilité, de temps à autre, la défense passe à l'agressivité. Ces réactions commencent dès les premiers jours de l'existence et suivent une évolution parallèle au développement de la vie morale » (DE GREEFF). C'est cet instinct de conservation, par sa composante, la crainte et le manque de sécurité, que l'enfant devant l'inconnu, va trouver dans sa mère la préservatrice universelle. Dans

le conflit nain-géant, enfant-adulte, le tout petit va se heurter à de multiples difficultés, sa mère devra les résoudre pour lui.

L'homme est un être-dans-le-monde, et, poussé par une sorte de dépendance de l'instinct de conservation, il ira vers ses semblables. Normalement conduit par la sympathie (1), il aura tendance à la bienveillance, à la bonne compréhension d'autrui. Ce pont jeté entre sa propre conservation et son attitude d'être-dans-le-monde, devra trouver un développement normal — c'est par une mauvaise utilisation de son prochain que l'homme entrera dans la névrose obsessionnelle en refusant de se donner avec amour.

« Dans l'amour un JE prend la responsabilité d'un TU; en cela consiste l'égalité entre ceux qui s'aiment, égalité qui ne saurait résider dans un sentiment quel qu'il soit, égalité qui va du plus petit au plus grand, du plus heureux et du mieux assuré, de celui dont la vie entière est enclose dans celle d'un être unique et aimé, jusqu'à celui qui est toute sa vie crucifié sur la croix de ce monde, pour avoir pu et osé cette chose inouïe : aimer les hommes. » (2). Martin Buber fut choqué par la conception kierkegaardienne de « l'homme au singulier ». Pour lui comme pour nous on ne peut arriver à Dieu (3) en évitant le monde, « nous sommes ainsi responsables de plus que de nous-mêmes, nous sommes responsables de notre prochain » (Bachelard). Nous ne tiendrons pas de tels propos à un malade athé, mais nous expliquons simplement ici notre conception de la « relation humaine ».

En dehors de l'amour, pas de paix pour l'homme, mais l'amour véritable ne peut exister que dans « l'amitié échangée ». « Le but de cette amitié est le perfectionne-

---

(1) Max Scheller : « La Sympathie ».
(2) Martin Buber : «JE et TU », Aubier.
(3) Martin Buber : « Die Frage an den Einzelnen ».

ment de chacun par une soumission respectueuse à l'autre. En d'autres termes, l'égocentrisme n'apparaît que dans l'amour pour les choses — ou pour soi-même — il disparaît quand je m'adresse à l'autre. » (D'ARCY). Et BUBER, dans une langue forte, affirme que l'homme ne se « trouve » que dans son contact avec « l'Autre ». « Mais lorsque placé en face d'un être humain je lui dis le mot fondamental JE-TU il n'est plus une chose entre les choses. Cet être humain ne s'entend pas nommer à la troisième personne, il n'est pas un mode de l'être perceptible, descriptible, mais sans voisin et hors de toute connexion, il est le TU et il remplit l'horizon...; toutes choses vivent dans sa lumière. Aucun être humain ne peut réellement être lui-même dans un monde des choses; pour atteindre sa propre personnalité il doit rencontrer une autre conscience à qui s'adresser comme à un TU, c'est en proclamant un TU qu'il devient un JE. »

Toutefois nous ne voulons pas engager notre malade dans une recherche d'un faux amour. Dans « L'Ethique à Nicomaque », Aristote distingue trois formes d'amitié : l'amour fondé sur l'intérêt, l'amour-volupté et l'amour « qui se fonde sur ce qui est permanent ». Si l'intérêt disparaît, la première forme d'amour disparaîtra; l'amour-volupté est égoïste, visant la propre recherche de son plaisir il sera inconstant, et les hommes deviendront tristes et maladifs pour avoir été esclaves de leur désir. La troisième « est l'amitié des bons et de ceux qui leur ressemblent. C'est dans le même sens qu'ils se veulent mutuellement du bien, puisque c'est en tant qu'ils sont bons eux-mêmes... Vouloir le bien de ses amis pour eux-mêmes, c'est le sommet de l'amitié. » Nous ne pouvons nous étendre davantage, mais avec Jean MOUROUX nous dirons que « pour se donner l'homme doit briser les barrières intérieures, défaire les obstacles qu'il sécrète au

plus obscur de son âme, renoncer à la possession égoïste de soi, afin de se trouver en ne se cherchant plus ».

Un peu chaotique paraîtra notre conception; à 26 ans, devant les immensités de ce problème, on nous pardonnera de n'entrevoir qu'une parcelle de la vérité. Nous avons parlé de la nécessité d'une pensée altruiste pour se réaliser pleinement, mais notre foi nous montre qu'il faut aller plus loin. Nos contacts, nos études faites à l'hôpital ou dans la vie nous ont montré que l'homme avait aussi un instinct prodigieusement puissant : l'instinct spirituel. L'être humain a montré au cours des âges qu'il a toujours besoin de croire : en la magie, la force de la nature, aux dieux maléfiques ou bienveillants... De toutes ses forces il tend vers Celui qui incarne la puissance et les sentiments supérieurs du vrai, du Beau et du Bien. Un jour, las de s'arrêter à la créature, il ira dans un sursaut de foi à la rencontre du Créateur. Mais l'homme est libre, libre de refuser cette dépendance ou d'accepter les impératifs obligatoires de la croyance. Ce choix sera tragique. Gide a noté, dans une de ces phrases dont il a le secret, le sens de cet effort, « La nécessité de l'option me fut toujours intolérable; choisir m'apparaissait non tant élire que repousser ce que je n'élisais pas... »

Pour nous l'homme est un être-dans-le-monde, qui rejoindra Dieu grâce à son frère, « l'individu spirituel est englobé dans une unité plus vaste qui lui donne son sens et il nous faut dire qu'il se définit par ses liens. Liens d'expression : car il est une image individualisée, une participation unique de la nature spécifique et donc une expression vraie, mais limitée et relative à toutes les autres, de cette nature. Liens de position : car il est comme une partie intégrée dans un tout. A ce titre il est placé à un certain point de l'espace et du temps, dans le développement de l'espèce humaine; et il est, dans une cer-

taine relation, non plus spatio-temporel, mais intelligible et ontologique par rapport à ce corps de membres pensants qu'est l'humanité. Liens de fonction enfin : car il est le membre défini d'un tout organique et progressif. Parce qu'il est une image unique et spécifiée, l'homme doit réaliser un aspect jusqu'alors inconnu de l'humanité, en développant sa richesse et sa valeur personnelles. Il ne le peut qu'en s'unissant aux autres et en construisant ainsi, à travers l'espace, cette communauté lourde de vie et chargée de sens, nourrissante et expressive, que nous appelons la société. Parce qu'il est le moment d'un développement, il est une incarnation partielle, à la fois provisoire et nécessaire de la force totale de l'humanité, il est chargé d'assurer le développement où il s'insère, de prolonger l'humanité à travers le temps, il le fait par génération en communiquant l'humanité même dont il participe.

« La personne subsiste donc pour épanouir, prolonger et achever l'humanité. » (Jean Mouroux, in *Sens chrétien de l'homme*. Théologie Aubier.)

Ah ! j'ai trouvé une chose si grande. C'est l'amour qui doit me donner les clefs du monde et non pas me les retirer.

Claudel.

(Dona Prouhèze, *Soulier de Satin*).

CONCLUSIONS

Bien que notre travail soit orienté vers l'exposé d'une certaine psychothérapie de l'obsédé, nous avons, dans l'introduction de cette thèse, situé les conceptions psychologiques générales de cette névrose.

— *La théorie aboulique* soutenue par Arnaud consiste à affirmer que l'obsession est une maladie de la volonté. Tanzi fut lui aussi un adepte de cette baisse de l'énergie volontaire et considéra la N.O. comme une « diathèse d'incoercibilité ».

— *La théorie affective.* — En 1856, Morel décrivait sous le nom de « délire émotif » la N.O. Plus tard, Pitre et Régis, Devaux et Logre, Raymond Mallet et Hartenberg admettent, à quelques variantes près, qu'une anxiété diffuse est nécessaire à l'éclosion des obsessions; elles ne peuvent exister, dit Hartenberg, sans une angoisse qui a deux origines : l'une psychique et l'autre organique, mais, il réduit presque à zéro l'influence des facteurse psychologiques.

— *La théorie intellectuelle* est la plus ancienne. Esquirol le premier, ensuite Arnt, Baillarger, Kraft-Ebing et tant d'autres... admettent que phobie et obsession sont formées par un fait intellectuel qui s'impose de lui-même. Westphall admet que l'état affectif du malade est en rapport avec la représentation à laquelle il est rattaché par la conscience.

Nous avons ensuite étudié l'apport de Janet. Avec un

talent remarquable, ce grand observateur trouva un caractère commun à tous ces malades : une perte de fonction du réel. Il émit ensuite les hypothèses complémentaires de la hiérarchie des fonctions psychologiques et de l'oscillation de l'esprit. La « psychasthénie » sera une maladie de fonctions par altération de leurs parties supérieures bloquées dans leur évolution et mal adaptées aux exigences de la réalité.

Janet propose une thérapeutique psychologique en vue de rétablir l'équilibre du déficit asthénique et revivifier le syndrome hypotonique.

Pour terminer, nous nous sommes arrêtés à la pensée de Freud et de son école. L'obsession serait le résultat et la conséquence d'un traumatisme affectif ancien non liquidé. L'origine en serait pour lui, les impressions pénibles et érotiques de la petite enfance entraînant une sorte de besoin de refoulement. Par un mécanisme de substitution, des sensations désagréables se transformeront en représentations psychologiques nouvelles. Le psychanalyste fera théoriquement découvrir au malade les diverses étapes de la constitution en eux de cette névrose.

Dans un premier chapitre, nous avons fait une séméiologie rudimentaire de la N.O. Nous avons adopté la classification de Lévy-Valensi sans la discuter, bien que nous en connaissions le caractère artificiel.

Pour illustrer de façon concrète notre propre conception du mécanisme de l'obsession et les grandes lignes de notre psychothérapie, nous avons rapporté les phases principales de la vie de deux malades très différents : un homme de 59 ans et une jeune fille de 23 ans. Dans une première partie, nous avons examiné leur biographie, et, à la lumière de ces deux observations, défini le mécanisme de la N.O.

Pour résumer notre pensée, l'obsédé aura :

1° Un appétit excessif de sécurité qui apparaîtra à toutes les étapes de sa vie.

2° Une dépendance extrême à l'égard de sa mère. Ce comportement infantile se perpétuera à cause de cet appétit insatiable de sécurité. Mais il aura au fond de son cœur le désir d'être comme les « autres ». D'où une ambivalence affective faite à la fois de dépendance et de ressentiment.

3° Une oscillation mentale permanente circonscrite à un terrain d'élection choisi par l'obsédé.

La N.O. nous apparaît donc comme une maladie de l'instinct de conservation. Elle défend des valeurs vitales.

Le deuxième chapitre a montré la psychothérapie de nos deux malades, avec leur attitude face au médecin, le contenu des entretiens et enfin une tentative de psychothérapie synthétique.

Nous voyons successivement les trois grands types de psychothérapie.

a) *La psychothérapie d'invigoration*, où le médecin, fort de son prestige d'homme de science, donne au malade des consignes précises, acceptées d'ailleurs avec reconnaissance. La méthode Vittoz nous montrera un dérivé de cette théorie.

b) *La psychothérapie de démonstration :* dans l'obsession, ce qui compte ce n'est pas le contenu de l'obsession mais l'attitude de l'obsédé. On analysera avec le malade les symptômes de son mal et l'on appuiera sur un transfert aussi solide que possible.

c) *La psychothérapie de compréhension*, technique que nous employons. Dans une étude du transfert, nous avons retrouvé à l'égard du médecin l'ambivalence affective. Nul progrès ne sera fait tant qu'il y aura agressivité. Mais

le jour où le malade a des éclairs de sincérité totale nous notons des progrès sensibles.

Dans notre cure, nous procédons en deux étapes :

a) Une période explicative.

Ce sera l'étude de leur biographie dont le médecin souligne les éléments essentiels.

b) Une période de rééducation affective, dans laquelle nous avons montré au malade sa mauvaise attitude à l'égard de la société et de Dieu. Nous lui expliquons en particulier sa fausse « utilisation d'autrui » et nous lui proposons une nouvelle loi d'amour, à préoccupation exclusivement altruiste.

Dans le dernier chapitre : « Réflexions en marge de la thèse », nous avons rapidement esquissé notre conception de l'homme, essence de notre psychothérapie.

Nous avons essayé de montrer la compétition de l'instinct de conservation, de reproduction, de l'instinct social (la sympathie), de l'instinct spirituel et la nécessité d'une hiérarchie entre ces instincts.

Pour nous, l'homme est un être-dans-le-monde à la recherche de Dieu qu'il découvrira à travers et par son frère humain. Tel sera le principe de notre psychothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie très incomplète sur la névrose obsessionnelle

Abraham (Karl). — Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic depressive insanity and allied conditions. — 1911.

— The first pregenital stage of the libido. — 1916.

— The narcissistic éveluation of excretory processes in dreams and neurosis. — 1920.

— Contributions to the theory of the anal character. — 1921.

— A short study of the devil.

Adler (C.). — Le tempérament nerveux. — Payot, 1926.

Alexander (Franz). — Zur theorie der Zwangs Neurosen und Phobien. — *Int. Ztschr.*, XIII, 1927.

Allendy. — L'enfance méconnue.

Balint (Michel). — On the termination of analysis. — *Int. J. of Psa*, vol. XXX, 1950.

Bally (G.). — The affective contact. — International congress for psychotherapics, 1951.

Bartemeir (Leo, H.). — A counting compulsion. — *Int. J. of Psa.*, vol. XXII, 1941.

Baruk (H.). — *Bulletin médical*, octobre 1931.

— Psychoses et névroses. — Collection « Que sais-je ? », P.U.F., 1946.

— Précis de psychiatrie. — Masson, 1950.

Bastivi (R.). — Sociologie et psychanalyse. — P.V.F., 1950.

Baudoin (Charles). — L'âme et l'action.

— Suggestion et autosuggestion. — Delachaux et Niestlé, 1924.

— Qu'est-ce que la suggestion ?
— La psychanalyse. — 1939.

Bergler (Edm.). — Bemerkungen über eine Zwangsneurose in ultimis. — *Int. Ztschr.*, XXII, 1936.

— Two forms of agression in obsessional neurosis, — *Psa. Review*, 1942.

— Three Tributaries to the development of ambivalence. — *Psa. Quart.*, vol. XVII, 402, 1948.

Bergman (Leo). — Depersonalization and the body Ego with special reference to the genital representation. — *Psa. Quart.*, vol. XVII, N° 4, 1948.

Bergson (Henry). — Les deux sources de la morale et de la religion. — P.U.F., 1942.

Berliner (Bernhard). — *Psa. Quart.*, vol. XVI, 1947.

Binder (H.). — Zur Psychologie der Zwangsvorgäge. — Karger, Berlin, 1936.

— Zur Strukturanalyse der Moralischen Stellungnahmen. — *Schw. Med. Woch.*, N° 22, 1951.

Binswanger (L.). — Grunformen und Erkenntnis menschlischen Daseius. — Zurich, Max Nichaus, 1942.

— *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie.* — 1944-45 et 1946, vol. 57.

Biot. — Le corps et l'âme. — « Présences », Plon.

Borel (Adrien) et Cénac (Michel). — L'obsession, rapport à la VII° Conférence des Psychanalystes de langue française, en 1932. — *Revue fr. de Psa.*, N° 3, 1932.

Boutonnier (J.). — L'angoisse. — Paris, 1946.

Bouvet (Maurice). — Importance de l'aspect homosexuel du transfert dans le traitement de quatre cas de névrose obsessionnelle masculine. — *Revue fr. de Psa.*, N° 3, 1948.

— Incidence thérapeutique de la prise de conscience de l'envie du pénis dans la névrose obsessionnelle féminine. — *Revue fr. de Psa.*, N° 2, 1950.

— Le Moi dans la névrose obsessionnelle. — *Revue fr. de Psa.*, janvier-juin, 1953.

Brun (Rudolf). — Allgemeine Neurosenlehre. — 1946.

Bruel (O.). — On the genetic relations of certain O.N. charactes traits (integrity complexe). — *J. nerv. ment. Dis.*, 1935.

Bühler (Charlotte). — « Kind und Familie ». — Iéna, 1937.

Buber (Martin). — Die Frage and den Einzelnen.

Je et Tu, traduit par Geneviève Bianquis. — Aubier, 1938.

Carmichael (Léonard). — Manuel de Psychologie de l'Enfant. — P.U.F., 1952.

Christoffel. — Bemerkungen über zweierlei Mechanismen der Identifizierung. — *Imago*, XXIII, 1937.

Claude (H.). — Psychiatrie médoco-légale. — Doin, 1944.

Claude (H.) et Lévy-Valensi. — Les états anxieux. — Maloine, Paris, 1938.

Congrès international de psychiatrie. — Paris, 1950.

Cossa (Paul). — Thérapeutique neurologique et psychiatrique. — Masson, 1945.

Cremieux (A.), Penicaud (A. Mlle) et Cotte (S. Mlle). — Obsessions, phobies chez une fillette de 10 ans traitée par la psychanalyse. — *Z. f. Kinderpsych.*, 14, 213-218, 1948.

Dalbiez. — La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne. — Desclée de Brouwer et C^ie^.

D'Arcy. — La double nature de l'amour. — Aubier, 1948.

Djérine et Gauckler. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses.

Delmas-Marsalet (P.), Lafon (J.) et Faure (J.). — Sur les formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie. — *Encéphale*, 1942, p. 1.

Deutsch (Hélène). — La psychologie des femmes. — P.U.F., 1949.

— Psychoanalysis of the neuroses. — *The Hogarth Press*, London, 1932.

Dicks (H.-V.). — A clinical study of obsession. — *Brit. J. med.-psychol.*, 1931.

Diethelm (Oskar). — Treatment in psychiatrie. — Charles-C. Thomas, 1950.

Dubois. — Les psychonévroses. — Berne, 1904.

Dupré et Trepsat. — Les rapports du refoulement psychique et de l'émotivité dans la genèse de certaines psychonévroses. — *Encéphale*, janvier 1922, p. 31 à 38.

Esprit (Revue). — Médecine, quatrième pouvoir, mars 1950.

Etudes carmélitaines. — Trouble et Lumière. — Desclée de Brouwer, juin 1949.

Evolution psychiatrique. — Hommage à Pierre Janet. — Juillet-septemebre, 1950.

Ey (Henry). — Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse. — *Encéphale*, 1939, N° 4.

— Obsessions et psychonévroses obsessionnelle. — Conférence à Sainte-Anne, 1950.

— Etudes psychiatriques. — Desclée, de Brouwer et C^ie^, 1952.

Frankl (Victor-E.). — Aerztliche Sulsorge, 1946. — Franz Deutike, éd.

— Der unbewuste Gott, 1948. — Armandus, éd., Vienne.

Fenichel (Otto). — Le syndrome phobique. — 1949, p. 162.

— Hysterien und Zwangneurosen. — *Int. Psa. Veérlag*, Wien, 1931.

— The psychoanalytic theory of neurosis. — K. W. Narton and C°, New-York.

Federn (Paul). — Narcissism in the structure of the Ego. — *Int. J. of Psa.*, vol. IX, p. 4, 1928.

— Hysterien und Zwang in der Neurosenwahl,. — *Int. Ztschr. un Imago*, p. 3, 1940.

— Psychoanalysis of psychoses. — *Psychiatric Quart.*, XVII, p. 1-3, 1943.

— Mental hygien of the psychotic Ego. — *Amer. J. of Psychoth.*, vol. III, N° 3, july, 1949.

Feigenbaum (Dorian). — Depersonalization as a Defence mechanism. — *Psa., Quart.*, VI, 1937.

Freud (S.). — Œuvres complètes.

Gallot (H.-M.). — Les obsessions chez l'enfant. — Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile, 18 novembre 1946.

Gang. — La psychologie d'Adler et le développement de l'enfant. — Delachaux Niestlé.

Gebsattel (F. Von). — Die Welt der Zwangskranken. — *Monatschr. für Psych.*, 1938, p. 99.

Gelma. — Agoraphobie. — *Revue neurologique*, 1947, T. II, p. 718.

Gilleman (Gérard, S. J.). — Le primat de la charité en théologie morale. — Desclée de Brouwer et Cie, 1952.

Glover (Edward). — A developmental study of the obsessional Neurosis. — *Int. J. of Psa.*, XVI, 1935.

— The concept of dissociation. — *Int. J. of Psa.*, vol. XXIV, 1943.

— Basic mental concepts : their clinical and theorical value. — *Psa. Quart.*, vol. XVI, 1947.

— Psychoanalysis. — Struples Public, 1949 (2e éd.).

— Functional aspects of the mental apparatus. — *Int. J. of Psa.*, vol. XXXI, 1 et 2, 1950.

Gorretti (F.). — Neuroses obsessinas cronicas. — *Prensa med. Arg.*, 1950.

Gordon (A.). — Transition of obsession into dilusion. Evaluation of obsessional phenoma from the pronostic standpoint. — *Amér. J. of psychiatry*, 1950.

Graber (G.-H.). — Die zweierlei Méchanismen der Identifiierzung. — *Imago*, XXII, 1937.

Greef (Etienne de). — Notre destinée et nos instincts. — « Présences », Pon, 1945.

Guex (Germaine). — La névrose d'abandon. — P.U.F., 1950.

Guiraud (Paul). — Psychiatrie générale. — Le François, 1950.

Hartenberg. — Psychonévroses anxieuses. — 1922.

Heinroth. — Lehrbuch der Störungen der Seelenslebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandhung. — Leipzig, Vogel, 1818.

Hendrick (Ives). — Ego development and certain character problems. — *Psa., Quart.*, N° 3, 1936.

Hesnard. — La vie et la mort des instincts chez l'homme. — Coll. La Culture moderne, Stock.

— L'univers morbide de la faute. — P.U.F., 1949.

— Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique. — Alcan.

Heuyer (Georges). — Troubles du caractère de l'enfant, in Psychiatrie sociale de l'enfant, cours du Centre international de l'Enfance. — 15 octobre - 15 décembre 1950, Tome II, p. 93.

Hoffmann (H.). — Der Genesungswunsch des Zwangneurotiker. — *Zsch. f. d. ges. Neur. u. Psychiatry*, 1927.

Ideler. — Der Wahusinn. — Brême, Scholdtmann, 1848.

Janet (Pierre). — Œuvres complètes.

Jones (Ern.). — Hate and anal erotism in the obsessional neurosis and Anal Erotic character traits, in *Paperson Psychoanalysis*. — Baillière, Tindal et Cox, 1923.

— Traite théorique et pratique de psychanalyses. — (Trad. Payot, 1920).

Jung. — L'homme à la découverte de son âme. — Collection Action et Pensée, aux Editions du Mont-Blanc, 1948.

— Psych. und Alchemie. — Zürich, 1944.

— Psych. und Religion. — Zürich, 1939.

— Symbolik der Geites. — Zürich, 1948.

— Conflits de l'âme enfantine, suivi de : La Rumeur, et de : l'Influence du Père. — (Trad. par L. de Vos et O. Raevsky, Ed. Montaigne, Paris, 1935.

Kasanin. — Métamorphoses et Symboles de la Libido. — Trad. par L. de Vos, Ed. Montaigne, Paris, 1932).

— Structure psychologique de la nevrose obsessionnelle.

Klein (Mélanie). — Diee psychoanalyse des Kindes. — *Int. Psa. Verlag*, 1932.

Knight (R. P.). — Introjection, projection and Identification. — *Psa. Quart.*, 1940.

Köhler (Elsa). — Die Personlichkeit des Dreijahrigen Kindes. Leipzig, 1936.

Kretschner. — Etudes psychothérapeutiques.

— La névrose considérée comme un problème de maturation. — Stuttgart, 1952.

Kubie (L.-S.). — The repetitive core of neurosis. — *Psa Quart.*, 1941.

Lacan (Jacques). — L'agressivité. — Rapport. Conférence des psychanalystes de langue française, Bruxelles, 1948.

— Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. — *Revue fr. de Psa,* N° 4, 1949.

— Les complexes familiaux dans la formation de l'individu, in *Enclopédie française,* Tome WIII, 1938.

Laignel-Lavastine. — Comme je soigne les obsédés. — *Le Guide du praticien.* — Octobre, 1952.

Landauer (K.). — Automatismen, Zwangsneurose un Paranoïa. — *Int. Ztsch. f. Psa.,* 1927.

Landis (C.). — A statistical evaluation of psychotherapeutic methods, in L. E. Hinsie, Concepts and problems of psychotherapy, Colombia, Univ. Press, 1937.

Lebovici (Serge). — A propos du diagnostic de la névrose infantile. — *Revue fr. de Psa.,* 1950, N° 4, p. 581-595.

— Le tics chez l'enfant. — Collection Païdeïa, P.U.F., 1952.

Lebovici (S.), Diatkine (R.) et Wassef (R.). — L'action du psychiatre d'enfants auprès des parents.

Lechat. — *Revue fr. de Psa.,* janvier-mars, 1949.

Mack-Brunswick (Ruth). — Supplément à l'histoire d'une névrose infantile de Freud. — *Revue fr. de Psa.,* volume IX, 1936.

— The pre-œdipal phase of the libido development. — *Psa. Quaterly,* IX, 1940.

Maeder. — Régulation psychique et guérison. — *Archives suisses de psychiatrie et de neurologie.* — 1925. Zürich.

— Année psychologique. — 1912.

— Vers la guérison de l'âme. — Delachaux et niestlé, 1946.

— La personne du médecin, un agent thérapeutique. — Delachaux et Niestlé, 1953.

Mallet (Raymond). — Les obsédés. — Doin, 1928.

Meige et Feindel. — Les tics et leur traitement. — Masson, 1902.

Michaux (Léon) et Gallot (M.-M.). — Les formes cliniques et diagnostic de la psychasthénie chez l'enfant. —

Premier Congrès mondial de Psyciatrie, Paris, 27 septembre 1950, *in Sauvegarde de l'enfance*, 1951, numéro *hors* série sur le Pronostic des troubles du caractère l'enfant, p. 250-252.

— Le diagnostic de la psychasthénie infantile, intérêt du test de Rorscharch. — Groupement français d'étude de neuro-psychopathologie infantile, séance du 19 février 1951.

Michaux (Léon), Gallot et Teysseyre (Mlle). — De certaines psychomotrices acquises de l'enfance, de genèse, psychique. — Première communication Société de pédiatrie, 10 juillet 1951.

Michaux, Gallot, Rouault de la Vigne. — Obsession et délire. — *Annales médico-psychologiques*, juin 1947. Tome II, p. 1.

Michaux (Léon) et Dugas (Michel). — Les obsessions de l'enfance. — *In Revue du Praticien*, 11 juin 1953.

Montandon (Georges). — Technique du traitement de la psychasthénie par la méthode Vittoz. — Baill(re, Paris, 1952.

Mouroux. — Sens chrétien de l'homme. — Aubier, 1950.

— Expérience chrétienne. — Aubier, 1952.

Nacht (Sacha). — Psychanalyse des psychonévroses, 1935.

— Le masochisme, Le François, Paris, 1948. — Rapport à la conférence des psychanalystes de langue française, Paris, 1938.

— L'agressivité : de la pratique à la théorie psychanalytique. — P.U.F., 1950.

Nunberg (Hermann). — Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischeer Gundlage. — Huber, Berne, 1932.

— Practice and theory of psychoanalysis, nervous and mental diseases monographics. — New-York.

Oberndorff (C.-P.). — The genesis of the feeling of unrelity. — *Int. J. of Psa.*, vol. XVI, 1935.

Odier (Charles). — L'angoisse et la pensée magique. — Delachaux et Niestlé, 1948.

— Les deux sources conscientes et inconscientes de la vie morale. — La Baconnière, 1948.

— La névrose obsessionnelle, sa distinction analytique et nosographique de la phobie et de l'hystérie. — Rapport à la XI[e] conférence des psychanalystes de langue française, 1927.

Palmade. — La psychothérapie. — Collection « Que sais-je ? », P.U.F., 1951.

Pious (William). — Obsessive compulsive symptoms in an incipient schizophrenia. — *Psa. Quart.*, 1950, N° 3, vol. XIX.

Pitres et Régis. — Les obsessions et les impulsions. — Paris, Doin, 1902.

Rambert (Madeleine). — La vie affective et morale de l'enfant. — Delachaux, 1945.

Régis et Hesnard. - La psychoanalyse des névroses et des psychoses. — Félix Alcan, 1929.

— *Encéphale*, 1913.

Régis. — *Précis de psychiatrie*, 1909.

Reich (Wilhelm). — Ueber Characteranalyse. — *Int. Ztschr.*, XIV, 1928.

Rosenfeld (Herbert). - Notes sur la Psychanalyse. — *Int. J. of Psa.*, vol. XXXIII, 1952.

Saulnier (Mlle). — La psychasthénie infantile. — *In* Entretiens de Bichat, médicine, 1952.

Scheler. — La nature et les formes de la sympathie. — Payot.

— Le sens de la souffrance. — Aubier.

— L'homme du ressentiment.

Schilder (Paul). — The psychoanalysis of space. — *Int. J. of Psa.*, vol. XVI.

Schwartz. — Neurasthénie. — Bâle, Benno, Schwabe, 1939.

Sharpe (Ella F.). — The technique of Psychoanalysie. — *Int. J. of Psa.*, XI, 1930; XII, 1931.

Steckel. — Die Technick der analytischen psychotherapie Verlag. — Hans Huber, Bern, 1938.

Stekel. — *Zwang und Zweifel.* — Deux volumes, Vienne, 1927-1928.

Stengel (Erwin). — De la signification de la personnalité prémorbide dans le cours et la forme des psychoses.

L'obsédé dans le processus schizophrénique. — *Arch. Psychiatnerven*, 1937.

— A study of some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic réaction types. — *J. of mental Sciences*, 1945.

— Some clinical observations on the psycho-dynamic relationship between depression and obsessive compulsive symptomes. — *J. of mental Sciences*, 1948.

Tournier (P.). — Les forts et les faibles.

— Médecine de la personne.

— De la solitude à la communauté.

— Technique et foi. — Delachaux Niestlé.

Tramer. — Arbeitstherapie. — *Sch. Arch. Neur.* XXI, 2, 1927, p. 196.

— Psychiatrie und Arbeit. — (*Z. Kinderpsych.*, 5, 4, 1928).

— Psychiatrie infantile. — P.U.F., 1949.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

TABLE DES MATIERES

Pages

Introduction 9

CHAPITRE PREMIER. - Séméiologie :

Observations. - Mécanisme 26
Première observation 29
Deuxième observation 39
Mécanisme de l'obsession 43

CHAPITRE II :

Attitude du malade et du psychothérapeute 55
Contenu des entretiens 60
Psychothérapie de la N.O. 70

Réflexions en marge de la thèse 82

Conclusions 88

Bibliographie 92